

Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin

Inhalt

Themenschwerpunkt

- 111 Kann Sexuaufklärung einen Beitrag zur Prävention von sexuellem Missbrauch leisten? Das Beispiel der „Standards für die Sexuaufklärung in Europa“
Stefanie Amann, Christine Winkelmann
- 119 Sexuelle Gewalt gegen Kinder in Familien – Ein Forschungsüberblick
Peter Zimmermann, Anna Neumann, Fatma Çelik, Heinz Kindler
- 143 Sexueller Kindesmissbrauch – nicht nur Problem kirchlicher und kommunaler Einrichtungen, sondern malignes Phänomen der gesamten Gesellschaft
Christoph Joseph Ahlers, Gerard Alfons Schaefer
- 153 Therapeutischer und prognostischer Nutzen der Phallometrie zur objektiven Messung der sexuellen Orientierung
Alexander Pohl
- 166 Sexualisierte Gewalt gegen Frauen und Mädchen mit geistiger Behinderung
Birgit Delisle

Historia

- 176 Sexuaufklärung in der deutschen Aufklärung – Christian Wolff über die Erzeugung des Menschen
Stefan Borchers
- 185 *Paraphilie* – ein vorwissenschaftlicher Begriff. Anmerkungen zu einer aktuellen Debatte
Erwin J. Haeberle

Diskussion

- 193 Missbrauchsopfer? – Selbst Schuld! Zu Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie
Klaus Schlagmann

Aktuelles

- 201 Zusammenfassung des Abschlussberichts der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Rezension, Jahressinhaltsverzeichnis

Anschrift der Redaktion

Redaktion der Sexuologie, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin, Tel.: 030 / 450 529 301 (Fax: -529 992), e-mail: sexuologie@sexualmedizin-akademie.de

Anzeigen: MediaService Marschall, AnzeigenMarketing, Tel. 030-7719959, 030-81877980, Fax: 030-7713432, www.mediamarschall.de, info@mediamarschall.de

Anzeigenpreise: Gültig ist die Preisliste vom 1. Januar 2011

Lieferkonditionen (2011): Volume 18 (1 Band mit 4 Heften, Auslieferung in zwei Doppelheften)

Abpreise* (2011): Deutschland, Österreich, Schweiz: Institutionelle Abnehmer 212,00 €; persönliche Abonnenten 156,00 €; Mitglieder der Akademie für Sexualmedizin beziehen die Sexuologie zum Sonderpreis, bitte anfragen.

* Die Preisangaben sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen müssen wir uns vorbehalten. Alle Preise verstehen sich exklusive Versandkosten und exklusive Umsatzsteuer. Bei der Rechnungsstellung wird Umsatzsteuer gemäß der zum Rechnungszeitraum geltenden Richtlinien erhoben. Kunden in den EU-Ländern werden gebeten ihre Umsatzsteuernummer anzugeben.

Abonnements: Redaktion der Sexuologie, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin, Tel.: 030 / 450 529 301 (Fax: -529 992), e-mail: sexuologie@sexualmedizin-akademie.de

Kündigung von Abonnements: Abonnements laufen jeweils für ein Kalenderjahr und werden unbefristet bis auf Widerruf verlängert, falls nicht bis zum 31. Oktober des Jahres gekündigt wird.

Bankverbindung: Deutsche Ärzte und Apothekerbank, Account No. 070 3829952 (BLZ 30060601); IBAN: DE04300606010703829952; BIC/SWIFT: DAAEDED3
Bitte geben Sie bei der Zahlung Ihre vollständigen Daten an.

Copyright: Alle Artikel, die in dieser Zeitschrift veröffentlicht werden, sind urheberrechtlich geschützt, alle Rechte vorbehalten. Ohne schriftliche Erlaubnis der Akademie für Sexualmedizin ist es verboten, Teile der Zeitschrift in irgendeiner Form zu reproduzieren. Dies beinhaltet ebenso die Digitalisierung, als auch jede andere Form der elektronischen Weiterverarbeitung, wie Speichern, Kopieren, Drucken oder elektronische Weiterleitung des digitalisierten Materials aus dieser Zeitschrift (online oder offline). Für den allgemeinen Vertrieb von Kopien für Anzeigen- und Werbezwecke, für die Neuzusammenstellung von Sammelbänden, für den Wiederverkauf und andere Recherchen muss eine schriftliche Erlaubnis von der Akademie eingeholt werden.

Satz: Rainer Alisch, Taunusstraße 8, 12161 Berlin

Druckerei, Bindung: Gutenberg Druckerei GmbH Weimar - Postfach 2008 · 99401 Weimar

(∞) Seit Band III, Heft 1 (1996) erfüllt das Papier, das für diese Zeitschrift genutzt wurde, die Anforderungen von ANSI/NISO Z39.48-1992 (Beständigkeit von Papier).

Hergestellt in Deutschland

Alle Rechte vorbehalten.

Covergestaltung: Lothar Jänichen, Dornburg/Saale unter Verwendung eines Motives von Getty Images) ((Deutsche Fachpresse))

© Akademie für Sexualmedizin



Ungewollt kinderlos? Wege zum Wunschkind

Jedes 7. Paar in Deutschland ist ungewollt kinderlos. Die Ursachen hierfür lassen sich auf rein „weibliche“, rein „männliche“, auf „gemischte“ und „unbekannte“ Faktoren verteilen. Dank medizinischer Fortschritte kann heute vielen ungewollt kinderlosen Paaren geholfen werden. Bei einigen Fruchtbarkeitsbeschränkungen hilft oft die IVF-Behandlung, die so genannte Retortenbefruchtung. Ist die Samenqualität sehr schlecht, lässt sich nur noch mittels ICSI, die so genannte Mikroinsemination, eine Schwangerschaft erreichen.

Was aber, wenn keine Samen produziert werden, die o. g. Verfahren versagt haben, oder diese Methoden wegen bestehender Risiken abgelehnt werden? Die Adoption ist in Deutschland ein schwieriges Unterfangen, warten doch 7 - 8 adoptionswillige Paare auf jeweils ein Kind.

Auch gelten erschwerende Faktoren, wie das elterliche Alter und der Ehestand. Eine gar nicht so selten durchgeführte Methode ist die sogenannte donogene- oder heterologe Insemination, also die Verwendung von Spendersamen. In Deutschland werden jährlich etwa 1500 Kinder auf diese Weise gezeugt.

Das Paar

Natürlich sollte aus verständlichen Gründen der Kinderwunsch des Paares stark genug sein, um mit dieser Form der Familienbildung umgehen zu können. Gespräche mit entsprechend ausgebildeten Sozialarbeitern/Soziologen oder Therapeuten sind empfehlenswert. Der (anonyme) Austausch in Internetforen hilft bei der Entscheidungsfindung. Es gibt auch eine zunehmende Anzahl von Büchern in deutscher Sprache zu diesem Thema.

Die **Berliner Samenbank** stellt Samenproben qualifizierter Spender bereit. Die Proben werden zur Befruchtung bei Paaren eingesetzt, die diesen Weg gewählt haben, um ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Die Behandlung der Paare erfolgt meist in einer gynäkologischen Praxis oder einem Zentrum für Reproduktionsmedizin. Einige Samenbanken versenden auch Proben an entsprechende Ärzte in anderen Städten, damit die Behandlung auch in größerer

Entfernung durchgeführt werden kann. Die **Berliner Samenbank** genießt das Vertrauen vieler Zentren in Deutschland.

Es kann davon ausgegangen werden, dass bei dieser Behandlung eine normale Schwangerschaftsrate (SSR) von 17-20 % pro Zyklus zu erreichen ist. Dies entspricht der ganz normalen SSR. Oftmals ist es durch Kooperation mit dem „Hausgynäkologen“ möglich, mit nur einem Besuch in Berlin auszukommen. Eine hormonelle Stimulation ist nur in begründeten Fällen erforderlich.

Sollte die Samenübertragung nach mehreren Zyklen nicht zum Erfolg geführt haben, oder ist bei der Grunddiagnostik der Frau ein Eileiterverschluss diagnostiziert worden, ist auch mit Spendersamen eine IVF-Behandlung möglich.

Spender

In unsere Kartei werden nur Samenspenden aufgenommen, die in allen Punkten unseren hohen Qualitätsanforderungen entsprechen.

Die Inhalte der Qualitätssicherung richten sich nach den Arbeitsrichtlinien des „Arbeitskreis(es) für donogene Insemination“ und den entsprechenden Beschlüssen der Bundesrepublik Deutschland. Dazu gehören folgende Punkte:

Durch gründliche Voruntersuchungen und eine sorgfältige Auswahl werden nur Proben von gesunden Spendern angeboten. Regelmäßige Untersuchungen und Quarantänelagerung gewährleisten, dass alle verwendeten Samenproben ohne Infektionsrisiko sind. Dadurch ist unter anderem auch die Übertragung von Hepatitis-, HIV-, Syphilis- und Tripper-Erregern sowie Chlamydien ausgeschlossen. Von jeder eingefrorenen Samenspende wird eine Stichprobe aufgetaut und die Vitalität der Spermien geprüft, unzureichende Spenden werden verworfen. Darüber hinaus wird die Qualität jeder Spermprobe direkt vor der Verwendung überprüft.

Spenderauswahl

Die oft große Zahl unterschiedlicher Spender aller Blutgruppen erlaubt dem Paar die Auswahl eines

Spenders mit gewünschten Merkmalen, welche meist denen des Ehemannes/Partners entsprechen soll. Hierzu zählen allgemeine äußere Merkmale wie körperliche Erscheinung, Haar- und Augenfarbe etc., aber auch die Blutgruppe und die Rhesusformel. Die Spender sind auch nach Beruf und Interessenprofil katalogisiert. So ist es möglich, auf Wesensmerkmale und Schulbildung rückzuschließen.

Auf Wunsch des Paares führt die Samenbank eine Vorauswahl durch, die abschließende Entscheidung obliegt dem Paar. Bei dieser Vorauswahl wird das Äußere des Ehemannes/Partners mit verschiedenen Spendern abgeglichen.

Rechtliche Regelungen

Die Spendersamenbehandlung ist in Deutschland seit vielen Jahren nicht mehr verboten, einige wenige rechtliche Verbesserungen hat es gegeben, wie z.B. das Kindschaftsreformgesetz und das Kinderrechtsverbesserungsgesetz.

Die Herbeiführung einer größtmöglichen Rechtssicherheit für alle an diesem Verfahren beteiligten Personen (Kind, beide soziale Eltern, Samenspenden/genetischer Vater, Arzt) wird mittels eines Notarvertrages erzielt.

Eine entsprechende Dokumentation garantiert das im Grundgesetz verankerte Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung. Die Behandlung mit Spendersamen ist sowohl bei Ehepaaren als auch bei Frauen, die in einer „eingetragenen Partnerschaft“ leben, möglich, wenn auch rechtlich problematischer.

Unter bestimmten Umständen ist auch die Durchführung der donogenen Insemination bei Paaren in lesbischer Partnerschaft möglich.

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Homepage

www.berliner-samenbank.de

BERLINER SAMENBANK GmbH

Kryokonservierung von

- Spendersamenproben für die künstliche Befruchtung
- befruchteten Eizellen aus der Reagenzglasbefruchtung (IVF)
- Hodengewebeproben zur Spermien-gewinnung für ICSI

für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch

- durch absolut männliche Zeugungs-unfähigkeit
- nach Versagen anderer moderner Methoden wie IVF (Reagenzglas-befruchtung oder ICSI (sog. Mikro-insemination)
- bei Ablehnung von IVF oder ICSI



BERLINER SAMENBANK

Be cool.
Komm bei uns ;)

Neue Adresse: Friedrichstraße 79 /
Ecke Französische Straße · 10117 Berlin-Mitte

Tel. 030-301 88 83 · kommen@berliner-samenbank.de

Ab 2010 lagert die Berliner Samenbank auch unbefruchtete Eizellen ein!

- Vor einer Krebtherapie
- Als „Fertilitätsreserve“,
sog. „social freezing“

Weitere Informationen:
www.berliner-samenbank.de

Dr. med. David J. Peet, Geschäftsführer

Kann Sexuaufklärung einen Beitrag zur Prävention von sexuellem Missbrauch leisten?

Das Beispiel der „Standards für die Sexuaufklärung in Europa“

Stefanie Amann, Christine Winkelmann

Can sexuality education help to prevent sexual abuse? The example of the „Standards for Sexuality Education in Europe“

Abstract

Some countries in the WHO European Region (covering 53 countries) are affected by an increase in HIV infections and other sexually transmitted infections (STI), unintended pregnancies among underage girls and sexual violence. Children and adolescents are the crucial target group for achieving improvement in sexual health overall. They need wide-ranging information and skills if they are eventually to manage sexuality, contraception and relationships in a safe, responsible and pleasurable way. In response to this situation, BZgA, acting in its capacity as a WHO Collaborating Centre, developed a set of "Standards for Sexuality Education in Europe" in 2010, in close collaboration with a group of experts from nine countries and from various disciplines. The Standards may be used to provide arguments and guidelines for the introduction of holistic sexuality education in these countries. This article describes the development of the Standards, the main features of holistic sexuality education and the matrix, which specifies the topics which should be addressed in each age group, the skills which must be acquired and the values and attitudes which must be fostered. The article shows how holistic sexuality education can make a major contribution to the prevention of sexual abuse.

Keywords: Holistic sexuality education, sexuality education in Europe, sexual and reproductive health and rights, prevention of sexual abuse

Zusammenfassung

Innerhalb der Europäischen Region der WHO (die 53 Länder umfasst) sind verschiedene Länder von einem Anstieg der HIV-Infektionen und weiterer sexuell übertragbarer Infektionen (STI), ungewollter Schwangerschaften Minderjähriger und sexueller Gewalt betroffen. Kinder und Jugendliche sind die entscheidende Zielgruppe, wenn es um die Verbesserung der sexuellen Gesundheit generell geht. Sie brauchen umfassende Informationen und Kompetenzen, um später Sexualität,

Verhütung und Partnerschaft sicher, verantwortlich und befriedigend erleben zu können. Vor diesem Hintergrund hat die BZgA 2010 in ihrer Funktion als WHO Kollaborationszentrum für sexuelle und reproduktive Gesundheit in enger Kooperation mit einer Gruppe von Experten und Expertinnen unterschiedlichster Fachdisziplinen aus neun Ländern „Standards für die Sexuaufklärung in Europa“ erstellt. Die Standards können als Argumentationshilfe und Richtlinie für die Einführung einer ganzheitlichen Sexuaufklärung in diesen Ländern genutzt werden. Der Beitrag beschreibt die Entwicklung der Standards, die Kernpunkte einer ganzheitlichen Sexuaufklärung und die Matrix, die spezifiziert, in welcher Altersgruppe welche Themen angesprochen werden, welche Fähigkeiten erlernt und welche Werte und Haltungen vermittelt werden sollen. Es wird gezeigt, wie eine holistische Sexuaufklärung einen wichtigen Beitrag in der Prävention des sexuellen Missbrauchs leisten kann.

Keywords: Ganzheitliche Sexuaufklärung, Sexuaufklärung in Europa, sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte, Prävention von sexuellem Missbrauch

Hintergrund

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das WHO Regionalbüro für Europa haben im Herbst 2010 der Öffentlichkeit eine neue Publikation zur Sexuaufklärung vorgestellt. Die Publikation mit dem Titel „Standards for Sexuality Education in Europe – a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists“ (WHO Europe, BZgA, 2010) möchte dazu beitragen, dass in der WHO Europa Region¹ die Sexuaufklärung verbessert wird. Entwicklungen der letzten Jahre bzw. Jahrzehnte zeigen, dass es einen (neuen) Bedarf an umfassender Sexuaufklärung gibt, da sie dazu beiträgt, die sexuelle Gesundheit junger Menschen zu fördern und sie bei der Bewältigung möglicher Probleme zu unterstützen. Neue Entwicklungen, wie z.B. die Globalisierung und die Migration von Bevöl-

¹ Die WHO Europa Region umfasst 53 Länder und erstreckt sich bis Zentralasien.

kerungsgruppen mit unterschiedlichem kulturellen und religiösen Hintergrund, die verstärkte Nutzung neuer Medien (vor allem Internet und Handytechnologien), die Verbreitung von HIV/AIDS und anderer STI und die steigende Aufmerksamkeit für und Präventionsbemühungen von sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen erfordern neue und innovative Konzepte. Die jüngst bekannt gewordenen Missbrauchsvorfälle in Deutschland (sowohl in kirchlichen als auch säkularen Einrichtungen) und die dadurch angestoßenen politischen Prozesse wie der „Runde Tisch Sexueller Kindesmissbrauch“ haben noch einmal deutlich vor Augen geführt, welche Dringlichkeit dem Thema beigemessen wird, sowohl was die Aufklärung von zurückliegenden Missbrauchsfällen angeht als auch die Entwicklung von Präventionsstrategien auf institutioneller Ebene.

Hinzu kommt, dass sich die Einstellungen und das Sexualverhalten von Jugendlichen in vielen Teilen der Welt verändert haben. In verschiedenen europäischen Ländern führt dies dazu, dass auch bzw. gerade Jugendliche betroffen sind von einer hohen STI Infektionsrate (inklusive HIV), von ungeplanten Teenagerschwangerschaften und von sexueller Gewalt (Ketting, Winkelmann, 2011).

Jenseits der oben skizzierten public health Überlegungen, in deren Zentrum vor allem die Vorbeugung von Erkrankungen steht, wird in den Standards Wert darauf gelegt, dass der Zugang zu einer umfassenden Sexualaufklärung als Menschenrecht wahrgenommen wird. Jugendliche und Kinder haben das Recht, entsprechend ihres Alters und Entwicklungsstandes über alle Aspekte der Sexualität informiert zu werden, wobei hier Sexualität in einem umfassenden Sinne zu verstehen ist und Emotionen, Beziehungen, Körper usw. miteinschließt. Hierbei sollen nicht die mit Sexualität verbundenen Risiken dominieren, sondern es wird ein grundsätzlich positives Verständnis von Sexualität vermittelt. Durch eine wertorientierte und sexualitätsbejahende Sexualaufklärung entwickeln Kinder und Jugendliche eine positive Haltung zu Sexualität. Damit wird die Basis geschaffen, dass sie später erfüllte und glückliche sexuelle Beziehungen leben können und verantwortlich gegenüber der eigenen Person und gegenüber anderen handeln. Somit leistet Sexualaufklärung auch einen Beitrag zum Aufbau einer Gesellschaft, die tolerant, offen und respektvoll gegenüber verschiedenen Lebensstilen und Werten hinsichtlich Liebe und Sexualität ist.

Entwicklung der Standards

Die Initiative zur Entwicklung von Standards für die Sexualaufklärung in Europa wurde 2008 von dem WHO Regionalbüro für Europa angestoßen und von der BZgA

in der Funktion eines WHO Kollaborationszentrums für sexuelle und reproduktive Gesundheit aufgenommen und umgesetzt. Die Erarbeitung der Standards geschah in enger Kooperation mit einer Gruppe von 19 europäischen Experten und Expertinnen unterschiedlicher Fachdisziplinen wie Medizin, Psychologie oder Sozialwissenschaften aus neun Ländern. Alle Experten und Expertinnen haben umfangreiche Erfahrungen im Bereich der Sexualaufklärung sowohl in praktischer als auch theoretischer Hinsicht. Regierungs-, Nichtregierungsorganisationen, internationale Organisationen sowie ausgewiesene Wissenschaftler waren ebenfalls in diesem eineinhalb Jahre umfassenden Prozess vertreten. Ausgangspunkt für die Entwicklung des Dokuments war der Wunsch nach Standards, um Richtlinien für die Sexualaufklärung in der WHO Europa Region zu bieten. Die meisten westeuropäischen Länder haben derzeit nationale Richtlinien oder Minimalstandards für Sexualaufklärung, aber bisher wurden keine Anstrengungen unternommen, Standards auf der WHO Europa oder der EU Ebene zu entwickeln. Dieses Dokument ist ein erster Schritt, diese Lücke zu füllen. Anlässlich des WHO Europa Regionaltreffens „Herausforderungen bei der Verbesserung der sexuellen Gesundheit in Europa“ in Madrid im Oktober 2010 wurden die „Standards“ erstmals Repräsentanten aus 30 Ländern vorgestellt.

Ein ganzheitlicher Ansatz der Sexualaufklärung

Das Konzept der holistischen Sexualaufklärung ist verankert in den Konzepten der sexuellen Gesundheit und Rechte. Im Rahmen einer technischen Konsultation im Jahr 2002 verständigte man sich bei der WHO auf folgende Arbeitsdefinition, die inzwischen sehr breite Verwendung findet, auch wenn sie noch nicht offiziell verabschiedet wurde:

„Sexuelle Gesundheit ist der Zustand körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bezogen auf die Sexualität und bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Schwäche. Sexuelle Gesundheit erfordert sowohl eine positive, respektvolle Herangehensweise an Sexualität und sexuelle Beziehungen als auch die Möglichkeit für lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen, frei von Unterdrückung, Diskriminierung und Gewalt. Wenn sexuelle Gesundheit erreicht und bewahrt werden soll, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen anerkannt, geschützt und eingehalten werden.“ (WHO, 2006, 10).

Diese Definition betont ein positives Verständnis von Sexualität und räumt dem essentiellen Aspekt des lustvollen Erlebens einen angemessenen Raum ein. Mögliche negative Aspekte werden zwar angesprochen, dominieren aber nicht die Definition. Darüberhinaus wird sexuelle Gesundheit explizit an die Erfüllung der sexuellen Rechte geknüpft. Bei den sexuellen Rechten handelt es sich um Menschenrechte angewandt auf alle Facetten der Sexualität.² Ein Bestandteil dieser Rechte ist u. a. der Zugang zu Informationen und damit auch zu Sexuaufklärung. Dieses Recht lässt sich ebenfalls aus der UN Konvention zu den Kinderrechten ableiten, die 1989 verabschiedet und in der Zwischenzeit von der großen Mehrheit der Staaten ratifiziert wurde. In der Konvention heißt es in Artikel 13, dass das Kind das Recht auf Informationen aller Art hat und in Artikel 19 wird der Schutz des Kindes – auch vor sexuellem Missbrauch – als staatliche Aufgabe definiert.³

Neben dem Recht auf Information erkennt der holistische Ansatz von Sexuaufklärung an, dass Sexualität ein existentielles Grundbedürfnis und ein zentraler Bestandteil des Menschen und seiner Identität ist: Kinder und Jugendliche werden dabei unterstützt, zentrale Fähigkeiten zu erlernen (wie beispielsweise Kommunikations- und Verhandlungsfähigkeit), die es ihnen später u.a. ermöglichen, Beziehungen aufzubauen und zu halten. Sie werden damit vertraut gemacht, dass sie grundsätzlich das Recht haben, selbst über ihre Sexualität, Verhütung, Familien- und Lebensplanung zu bestimmen, wobei hier einschränkend der Realität Rechnung zu zollen ist, dass nur allzu oft – bspw. beim sexuellen Missbrauch – eben dieses Recht von Kindern und Jugendlichen negiert wird.

Eine informelle Sexuaufklärung in einer modernen Gesellschaft ist angesichts der Themenvielfalt und der oft damit einhergehenden Problematik nicht mehr ausreichend. Familie und Freunde sind zwar ganz entscheidende Informationsquellen und Vertrauenspersonen für Kinder und Jugendliche, vermitteln aber nicht immer fachlich korrektes Wissen zu komplexen Themen, wie z.B. STI oder Kontrazeption, bzw. sind unsicher oder überfordert bei heiklen Themen wie sexuellem Missbrauch. Gleichzeitig sind Kinder und Jugendliche mit einer Vielzahl neuer Informationsquellen konfrontiert – das World Wide Web bietet eine Fülle von Informationen zu Sexualität, viele davon oft unausgewogen, unrealistisch und degradierend. Holistische Sexuaufklärung wirkt hier als wichtiges Korrektiv. Schließlich erfüllt eine

ganzheitliche Sexuaufklärung aber auch Aufgaben der Gesundheitsförderung, in dem sie dazu beiträgt, Infektionen mit einer STI, einer ungeplanten Schwangerschaft und sexueller Gewalt vorzubeugen.

Kernpunkte des Ansatzes:

- ◆ Sexualität wird in einem umfassenden Sinn verstanden und beinhaltet Aspekte wie den menschlichen Körper und seine Funktionen, Emotionen, Beziehungen, Fertilität und Reproduktion, sexuelle Gesundheit und Rechte sowie sozio-kulturelle Determinanten von Sexualität. So kann ein enger Ansatz der Sexuaufklärung überwunden werden, der in der Thematisierung von Sexualität den Blick vor allem auf die Vermeidung bzw. Regulierung sexueller Aktivität richtet.
- ◆ Das breite Verständnis von Sexualität ermöglicht zudem die Forderung, dass Sexuaufklärung ein lebenslanger Lernprozess sein muss, der schon mit der Geburt beginnt und Menschen in allen Altersphasen begleitet und unterstützt. Kinder werden als sexuelle Wesen geboren und ihre psychosexuelle Entwicklung verläuft in verschiedenen Phasen, die eng mit der allgemeinen kindlichen Entwicklung und entsprechenden Entwicklungsaufgaben verbunden ist. Holistische Sexuaufklärung orientiert sich am Alters- und Entwicklungsstand, wobei spezifische Themen idealerweise kurz vor der korrespondierenden Entwicklungsphase eingeführt werden, so dass das Kind / der Jugendliche vorbereitet ist auf künftige Entwicklungsschritte. Mädchen sollten beispielsweise vor dem Einsetzen der Menarche über die Menstruation informiert sein.
- ◆ Traditionellerweise hat Sexuaufklärung in vielen Ländern bislang eher auf potentielle Risiken von Sexualität fokussiert, diesem Ansatz wurde durch die HIV Epidemie und den damit einhergehenden Präventionsbemühungen weiter Vorschub geleistet. Dieser Fehler sollte nicht bei dem Thema sexueller Missbrauch wiederholt werden, da ein Ansatz, der nur auf Risikominimierung und Furchtapelle setzt, ohne gleichzeitig Handlungskompetenzen zu vermitteln, erwiesenermaßen keine dauerhafte präventive Wirkung erzielt (BZgA, 1998). Ein solcher Ansatz kann Angst und Abwehr bei Kindern und Jugendlichen auslösen und vermeintliche Sicherheit erzeugen. Gefahren und Risiken müssen angemessen angesprochen werden, gehören aber eingebettet in einen umfassenden positiven Ansatz von Sexualität.

² WHO, 2006, 10 und World Association for Sexual Health, 1999.

³ United Nations, 1989, siehe Artikel 13 für das Recht auf Information und Artikel 19 für die staatliche Verpflichtung, Kinder durch Aufklärung und Bildung vor sexuellem Missbrauch (neben anderen Gefahren) zu schützen (<http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>).

- ◆ Während in der Vergangenheit (auch im Bereich der HIV Aufklärung) allzu oft der Fokus auf der reinen Informationsvermittlung lag, stehen in dem hier vorgestellten holistischen Ansatz der Erwerb von Lebenskompetenzen im Mittelpunkt. Die unterschiedlichen Aspekte von Sexualität werden in die Vermittlung von Information, Fertigkeiten und Einstellungen ausdifferenziert. So erhalten Kinder und Jugendliche objektive, wissenschaftlich korrekte Informationen zu allen Aspekten der Sexualität; gleichzeitig werden sie dabei unterstützt, Werte, Einstellungen und Fertigkeiten zu entwickeln, um auf der Grundlage der Informationen handeln zu können. Für den sexuellen Missbrauch aber gilt, dass zwar zweifelsohne gewisse Fähigkeiten von großem Nutzen sein können (Nein sagen, sich der Situation entziehen, Hilfe holen etc), aber es unbedingt anerkannt werden muss, dass natürlich die Verantwortung für den Missbrauch niemals beim Kind liegt und es letztlich – trotz erlernter Fähigkeiten – Opfer werden kann.
- ◆ Kinder und Jugendliche werden befähigt, ihre eigene Sexualität und ihre Beziehungen in den verschiedenen Entwicklungsstufen selbst zu bestimmen. Sie werden dabei unterstützt, ihre Sexualität und Partnerschaften in erfüllender und verantwortlicher Weise zu leben. Die Fähig- und Fertigkeiten, die ihnen im Rahmen der Sexualaufklärung vermittelt werden, helfen ihnen auch dabei, sich vor möglichen Risiken zu schützen, so z. B. eine ungewünschte Schwangerschaft zu vermeiden oder sich im Falle von sexuellen Übergriffen der eigenen Rechte bewusst zu sein und Hilfe in Anspruch zu nehmen (mit den zuvor genannten Einschränkungen). Eine so verstandene Sexualaufklärung ist ein wichtiger Bestandteil der allgemeinen Erziehung und Bildung und beeinflusst die Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes. So können nicht nur negative Auswirkungen von Sexualität verhindert, sondern zudem die Lebensqualität des Kindes, seine Gesundheit und sein Wohlbefinden verbessert werden. Sexualaufklärung trägt so zu einer allgemeinen Gesundheitsförderung bei.
- ◆ Sexualaufklärung ist entwicklungsbegleitend, kultur- und gendersensibel angelegt. Sie informiert fachlich fundiert über alle Aspekte menschlicher Sexualität und über den Zugang zu Beratung und Hilfe. Eine Sexualaufklärung, die auf den Menschenrechten, Geschlechtergerechtigkeit, Respekt und Verantwortung sowie der Anerkennung von Vielfalt basiert, vermittelt Werte und Haltungen in Bezug auf Sexualität, Verhütung und tragfähige Beziehungen.

Aufbau der „Standards“

Das Dokument besteht aus zwei Teilen: der erste Teil gibt einen Überblick über die Entwicklung der Sexualaufklärung in Europa, über zugrundeliegende Theorien und zentrale Definitionen und Konzepte aus dem Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte. Die Grundlagen einer holistischen Sexualaufklärung werden besonders hinsichtlich ihres Nutzens für Kinder und Jugendliche vorgestellt.

Im Zentrum des zweiten Teils steht eine Matrix, die spezifiziert, welche Themen für welche Altersgruppen in der Sexualaufklärung abgedeckt werden sollten. Die Altersgruppen (0–4, 4–6, 6–9, 9–12, 12–15, 15 und älter) wurden entsprechend der psychosexuellen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gewählt. Für jede der Altersgruppen und jede der acht thematischen Kategorien (der menschliche Körper und seine Entwicklung, Fruchtbarkeit und Fortpflanzung, Sexualität und Emotionen, Beziehungen und Lebensstile, Sexualität, Gesundheit und Wohlbefinden, Sexualität und Rechte sowie soziale und kulturelle Determinanten der Sexualität) spezifiziert die Matrix, welche Informationen vermittelt, welche Fähigkeiten gelernt und welche Einstellungen gefördert werden sollen.

Zur Illustration das Raster der Matrix

Das Thema sexuelle Gewalt / sexueller Missbrauch wird nach sorgfältiger Abwägung unter den Experten und Expertinnen als Querschnittsthema verstanden, das sich in der Matrix an verschiedensten Stellen wiederfindet. Primär ist dieser Themenkomplex verortet unter den Kategorien „Sexualität und Rechte“ und „Sexualität, Gesundheit und Wohlbefinden“, wobei gerade in den jüngeren Altersgruppen zentrale Fähigkeiten, Informationen und Einstellungen, die zur Prävention von Missbrauch dienen können, in Kategorien wie „Gefühle“ und „Körper“ beschrieben werden.

Das Raster liegt für jede Altersgruppe inhaltlich gefüllt vor, wie die folgenden Beispiele für die Altersgruppe 0–4 und den thematischen Schwerpunkt „Sexualität und Rechte“ sowie für die Altersgruppe 12–15 und die Kategorie „Sexualität, Gesundheit und Wohlbefinden“ zeigen:

In Tabelle 1 wird differenziert zwischen Kern- und Zusatzthemen. Erstere sollten unbedingt in der entsprechenden Altersgruppe eingeführt und besprochen werden, die Zusatzthemen können nach Bedarf und nach verfügbarer Zeit hinzugenommen werden. In der Regel werden Themen in einer Altersgruppe eingeführt, tauchen aber in einer späteren Altersgruppe mit unterschiedlicher Akzentuierung bzw. Vertiefung wieder auf – so ist eine kontinuierliche alters- und entwicklungsgerechte Aufklärung ge-

Der menschliche Körper und seine Entwicklung	Wissen	Kompetenzen	Haltungen
Fruchtbarkeit und Fortpflanzung			
Sexualität			
Emotionen			
Beziehungen und Lebensstile			
Sexualität, Gesundheit und Wohlbefinden			
Sexualität und Rechte			
Soziale und kulturelle Determinanten der Sexualität (Werte und Normen)			

0-4	Wissen	Kompetenzen	Haltungen
Sexualität und Rechte	<ul style="list-style-type: none"> das Recht, sicher und geschützt zu sein die Verantwortung der Erwachsenen für die Sicherheit von Kindern das Recht, Fragen zur Sexualität zu stellen das Recht, Geschlechtsidentitäten zu erkunden das Recht, Nacktheit und den Körper zu erkunden und neugierig zu sein 	<ul style="list-style-type: none"> „Ja“ oder „Nein“ sagen kommunikative Kompetenzen entwickeln Wünsche und Bedürfnisse ausdrücken zwischen guten und schlechten Geheimnissen unterscheiden 	<ul style="list-style-type: none"> Bewusstsein für eigene Rechte, wodurch Selbstvertrauen entsteht Haltung: „Mein Körper gehört mir“ Gefühl, dass eigene Entscheidungen getroffen werden dürfen
12-15	Wissen	Kompetenzen	Haltungen
Sexualität, Gesundheit und Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> Körperhygiene und Selbstuntersuchung Verbreitungsgrad und verschiedene Arten von sexuellem Missbrauch, Prävention, Hilfeangebote riskantes (Sexual-)Verhalten (Alkohol, Drogen, Gruppenzwang, Mobbing, Prostitution, Medien) und seine Folgen Symptome, Übertragung und Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen einschließlich HIV Gesundheitssysteme und -dienste positiver Einfluss von Sexualität auf Gesundheit und Wohlbefinden 	<ul style="list-style-type: none"> verantwortungsvolle und informierte Entscheidungen (zum Sexualverhalten) treffen bei Problemen (Pubertät, Beziehungen usw.) um Hilfe und Unterstützung bitten Verhandlungs- und Kommunikationskompetenz für ein sicheres und lustvolles Sexualeben entwickeln unangenehme oder unsichere Sexualkontakte ablehnen oder beenden Kondome und Verhütungsmittel wirksam anwenden risikoträchtige Situationen erkennen und damit umgehen können Symptome von sexuell übertragbaren Infektionen kennen 	<ul style="list-style-type: none"> Gefühl gemeinsamer Verantwortung für Gesundheit und Wohlbefinden Verantwortungsbewusstsein hinsichtlich der Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen und HIV Verantwortungsbewusstsein hinsichtlich der Prävention von ungewollten Schwangerschaften Verantwortungsbewusstsein hinsichtlich der Prävention von sexuellem Missbrauch
<ul style="list-style-type: none"> Hauptthema (neu) Hauptthema (Vertiefung) Ergänzendes Thema (neu) Ergänzendes Thema (Vertiefung) 			

Tab. 1 Beispiele für Kern- und Zusatzthemen bei 0–4 und 12–15 Jährigen

währleistet. Natürlich müssen die z. T. eher theoretischen Formulierungen in der Matrix altersgerecht übersetzt werden, so z. B. auch im oben genannten Beispiel (Sexualität und Rechte, Altersgruppe 0–4) „Das Recht Gender-Identitäten auszuprobieren“. Eine angemessene Umsetzung könnte lauten, dass Jungen und Mädchen im Spiel ihre Rollen tauschen können.

Während der erste Teil des Dokuments mit den Hintergrundinformationen und der Begründung für die Notwendigkeit von Sexualaufklärung eher einen politischen Zweck erfüllt und als Mittel für die anwaltschaftliche Arbeit eingesetzt werden kann, dient der zweite Teil des Dokuments eher der praktischen Implementierung einer holistischen schulischen Sexualaufklärung. Anhand der Matrix ist eine Bestandsaufnahme der aktuell implementierten Sexualaufklärung möglich, eventuell nötige Modifikationen des Curriculums können auf der Grundlage der Matrix vorgenommen werden. Dies bietet sich auch dann an, wenn festgestellt wird, dass bestimmte Themen wie sexueller Missbrauch nicht konsequent im Unterricht verankert waren – hier können gezielte Ergänzungen und Ausweitungen vorgenommen werden.

Sexualaufklärung als Förderung von Lebenskompetenzen ist Primärprävention

Durch die Diskussion um die „richtige“ Prävention von HIV/AIDS und sexuellem Missbrauch in den späten 80er Jahren erfuhr die Sexualaufklärung in Deutschland einen enormen Bedeutungszuwachs. Schulische Sexualaufklärung wurde verpflichtendes Unterrichtsfach, bundesweit etablierte sich ein breites Netz von Beratungsstellen zu Sexualität, Verhütung und Schwangerschaft. Es entstanden Institutionen und Selbsthilfeeinrichtungen zur Prävention von sexuellem Missbrauch und sexueller Gewalt, die hauptsächlich die Familie im Blick hatten. Mit dem Schwangerschaftskonfliktgesetz 1992 wurde Sexualaufklärung erstmals gesetzlich verankert und der BZgA übertragen (BZgA, 2011). Heute sind Teenagerschwangerschaften rückläufig, Kinder und Jugendliche werden in hohem Maße in Schule und Elternhaus aufgeklärt, das Wissen und das Verhütungsverhalten hat sich kontinuierlich verbessert und viele Kinder, Jugendliche und Betroffene kennen die Angebote der Hilfesysteme (BZgA, 2011). Die flächendeckende Versorgung und der Zugang zu Verhütung, Beratung und Unterstützung sowie die Sexualaufklärung in Familie, Schule und der außerschulischen Jugendhilfe haben dazu beigetragen, dass Sexualität sowohl öffentlich als auch privat thematisiert wird. Eltern und Fachleute sind zunehmend für die Fragen,

Sorgen und Probleme von Kindern und Jugendlichen sensibilisiert und nutzen im Bedarfsfall die Hilfesysteme.

Diese positive Ausgangslage ist Grundlage und Voraussetzung, um wirksame Strategien zur Vermeidung von sexueller Gewalt und sexuellem Missbrauch zu entwickeln. Maßnahmen in diesem Feld müssen integriert sein in ein umfassendes Konzept von Erziehung und einem positiven Ansatz von Sexualaufklärung. Prävention wie auch Sexualaufklärung kann nur dann erfolgreich sein, wenn die Förderung von emotionalen und sozialen Kompetenzen bereits im Vorschulalter startet und die Stärkung des kindlichen Selbstwertgefühls und die Selbstwirksamkeit im Fokus hat. Dafür braucht es qualifizierte und sensibilisierte pädagogische Fachkräfte, die Einbindung der Eltern sowie die Kooperation mit Fachberatungsstellen. Beides muss langfristig angelegt sein und in bestehende Strukturen und Hilfsangebote eingebettet sein (Wanzeck-Sielert, 2010).

Sexualerziehung muss daher Teil des allgemeinen Bildungs- und Erziehungsauftrages sein. Zentrales Ziel der Erziehung ist es, Kinder und Jugendliche in ihrer persönlichen Entwicklung zu fördern und zu stärken. Dazu gehört selbstverständlich auch die kontinuierliche Begleitung und Unterstützung der jungen Menschen in ihrer psychosexuellen Entwicklung. Eine Erziehung, die das Selbstbewusstsein, die Selbstbestimmung und die Selbstwirksamkeit der anvertrauten Kinder und Jugendlichen stärkt, die ihre körperliche Integrität, ihre Bedürfnisse und Grenzen respektiert, ermöglicht ihnen, sich zu autonomen und starken Persönlichkeiten zu entwickeln. So haben sie Zutrauen in ihre eigenen Gefühle, sind sprachfähig und in der Lage, (sexuelle) Grenzverletzungen als solche zu erkennen, zu benennen und ggf. abzuwehren.

Die Standards mit ihrem ganzheitlichen Ansatz greifen die positiven, lustvollen, gesundheitsfördernden und sinnlichen Seiten der Sexualität ebenso auf wie die Risiken und Gefahren und thematisieren sie altersangemessen und entwicklungsgerecht. Dabei versteht es sich von selbst, dass Sexualaufklärung mit all ihren positiven und sinnlichen Aspekten unbedingt vor der Thematisierung des sexuellen Missbrauchs kommen muss. Eine frühzeitige, kindgerechte und umfassende Aufklärung ermöglicht es Kindern, bestärkende und vertrauensvolle Erfahrungen mit ihrem Körper, mit anderen Kindern sowie erwachsenen Bezugspersonen zu machen.

Die Standards bieten vielfältige Impulse und konkrete Anknüpfungspunkte, wie das Thema in eine ganzheitliche Sexualaufklärung integriert werden kann. Es geht dabei um folgende zentrale Erfahrungen und Erziehungsziele, die bei der Prävention des sexuellen Missbrauchs grundlegend sind.

Stark und selbstbewusst werden

Zentral ist die Stärkung des Selbstwertgefühls, des Selbstbewusstseins, der Autonomie und der Selbstwirksamkeit der Kinder. Wenn Erziehung Kinder in ihrer Eigenheit wertschätzt und ihre Wünsche und Grenzen respektiert, können sie sich zu starken und widerstandsfähigen Kindern entwickeln. Durch vielfältige Erfahrungsmöglichkeiten und eine anregende Lernumgebung können sie selbsttätig werden, ihre Grenzen ausloten und Ich-Stärke und Resilienzfähigkeit entwickeln (Wanzeck-Sielert, 2010).

Positive und vertrauensvolle Erfahrungen machen

Kinder und Jugendliche müssen die Möglichkeit haben, positive Erfahrungen in allen Phasen ihrer psychosexuellen Entwicklung zu machen: mit dem eigenen Körper, mit dem eigenen Geschlecht, mit der eigenen Sexualität und mit Beziehungen. So können sie ein positives Körperbild, eine geschlechtliche und sexuelle Identität entwickeln und sichere und vertrauensvolle Beziehungen eingehen.

Rechte und Grenzen bei sich und anderen wahrnehmen, anerkennen und respektieren

Das Wissen um die eigenen Rechte auf körperliche und seelische Integrität und sexuelle Selbstbestimmung befähigt Kinder und Jugendliche, ihre Rechte wahrzunehmen, aber auch die der anderen anzuerkennen und zu respektieren.

Seinen Gefühlen und seiner Intuition vertrauen (Kohärenzgefühl)

Angenommen und geliebt zu werden, in seinen Bedürfnissen, Wünschen und Meinungen ernst genommen zu werden, vermittelt Kindern die Sicherheit, ihren Gefühlen vertrauen zu können, auf ihre innere Stimme zu hören und Unbehagen, Verunsicherung und Widerstand ernst zu nehmen.

Sprach-, Kommunikations- und Handlungsfähigkeit erlernen

Sexualaufklärung vermittelt Körperwissen, Kenntnisse über Geschlechterunterschiede, über Sexualität, Partnerschaft und Verhütung und befähigt Kinder und Jugendliche, eine angemessene und situationsadäquate Sprache zu verwenden sowie in der menschlichen und intimen Interaktion handeln zu können. Das sind Fertigkeiten und Lebenskompetenzen, die insbesondere bei Verletzung der Intimsphäre, bei Grenzüberschreitungen und Gewalt von elementarer Bedeutung sind.

Einen eigenen Standpunkt und Wertmaßstäbe erwerben und vertreten

Nur wenn Kindern vermittelt wird, dass ihre Meinung erwünscht ist, ihre Autonomie und körperliche Integrität

respektiert wird und ihnen Empathie, Gerechtigkeit, Toleranz und Respekt vorgelebt wird, können sie gemeinsame ethische Werte anerkennen, eigene Positionen und Haltungen entwickeln und verinnerlichen.

Übertragen auf die drei Kategorien der Matrix **Wissen – Kompetenzen – Haltungen** bedeutet das:

Wissen – Kinder informieren über:

- ◆ Recht auf Unversehrtheit, Selbstbestimmung und Integrität
- ◆ Recht auf Information, auf Aufklärung und Hilfe
- ◆ Vokabular in Bezug auf Körper(-vorgänge) und Sexualität
- ◆ Scham, Intimität und Privatsphäre
- ◆ Unterschiede in Wünschen, Gefühlen, Bedürfnissen und Grenzen bei sich und anderen
- ◆ gute und schlechte Geheimnisse
- ◆ gute und schlechte Berührungen
- ◆ Definition, Ausmaß, Formen und mögliche Auswirkungen sexueller Grenzverletzung, sexuellem Missbrauch, sexueller Gewalt
- ◆ Mögliche Täter und Täterstrategien sowie Interventionsmöglichkeiten
- ◆ Ansprechpartner und Hilfsangebote, denen sie sich bei Fragen, Sorgen und Problemen anvertrauen können

Kompetenzen und Fertigkeiten – Kinder befähigen:

- ◆ zwischen guten und schlechten Berührungen unterscheiden zu können
- ◆ zwischen guten und schlechten Geheimnissen unterscheiden zu können
- ◆ Ja zu sagen zu gewollten Berührungen und Kontakten
- ◆ Nein zu sagen zu unerwünschten Annäherungen und Berührungen
- ◆ Eigene Gefühle und Bedürfnisse auszudrücken und benennen zu können
- ◆ Gefühle, Bedürfnisse und Grenzen bei sich und anderen wahrnehmen und richtig einschätzen zu können
- ◆ Angemessene und differenzierte Begriffe für Körper(-vorgänge), Genitalien und Sexualität verwenden zu können
- ◆ Sicherheit in Bezug auf die eigenen Gefühle zu gewinnen
- ◆ etwas bewältigen und bewirken zu können
- ◆ der eigenen Intuition zu vertrauen
- ◆ Konflikte angemessen austragen zu können
- ◆ Probleme und Risiken zu erkennen und damit umgehen zu können
- ◆ Grenzverletzungen zu erkennen und zu beschreiben
- ◆ bei Grenzüberschreitung und Grenzverletzung angemessen reagieren zu können
- ◆ Konsequenzen des eigenen Handelns absehen zu können

- ◆ Beziehungen aufbauen und pflegen zu können, die von Respekt und Gleichberechtigung geprägt sind
- ◆ Strategien in der Konfrontation mit Integritäts- und Grenzverletzungen zu erlernen (wie Nein sagen, sich der Situation entziehen, Hilfe holen)
- ◆ Vertrauenspersonen ansprechen und Hilfsangebote aufsuchen zu können

Werte und Haltungen – Kinder unterstützen

- ◆ den eigenen Körper zu akzeptieren und wertzuschätzen (Mein Körper gehört mir)
- ◆ ein positives Selbstbild und Selbstwertgefühl aufzubauen
- ◆ davon überzeugt zu sein, selbst etwas bewirken und handeln zu können (Selbstwirksamkeit)
- ◆ eine positive Geschlechtsidentität und sexuelle Identität auszubilden
- ◆ die Gleichberechtigung der Geschlechter anzuerkennen
- ◆ die Gefühle, Grenzen, Bedürfnisse und Meinungen anderer zu akzeptieren
- ◆ das Recht jedes Menschen auf sexuelle Selbstbestimmung anzuerkennen
- ◆ anzuerkennen, dass Sexualität konsensual, freiwillig, gleichberechtigt, altersgerecht und kontextadäquat ist
- ◆ sich über Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten bewusst zu werden
- ◆ für die Gesundheit und das Wohlbefinden von sich und anderen verantwortlich zu sein
- ◆ die Vielfalt von Menschen, Beziehungen und Lebensstilen, von unterschiedlichen Ethnien, Kulturen und Religionen zu respektieren
- ◆ Verantwortung, Ehrlichkeit, Respekt und Gleichberechtigung als die Grundlage menschlicher Beziehungen und einer humanen Gesellschaft anzuerkennen
- ◆ Ungerechtigkeit, Ausgrenzung und Diskriminierung entgegenzutreten

Die Standards und die bereits bestehenden Konzepte und Programme zur Sexualaufklärung stellen eine wichtige Grundlage und einen Baustein in der Prävention des sexuellen Missbrauchs dar. So kann ein Konsens über ein umfassenderes Verständnis von Sexualaufklärung erzielt werden, das auch die negativen Aspekte thematisiert und Bestandteil einer allgemeinen Gesundheitsaufklärung sowie eines allgemeinen Erziehungs- und Bildungsauftrages ist.

Präventionsprogramme sollten so gestaltet sein, dass sie die psychosexuelle Entwicklung der Kinder und Jugendlichen positiv begleitet und fördert, in dem sie sie in ihrem Körpergefühl, in ihrem Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl bestärkt und ihnen die notwendigen Kompetenzen, Haltungen und Wertmaßstäbe im Umgang mit Liebe, Partnerschaft und Verhütung vermittelt. So werden sie befähigt, selbstbestimmte und verantwortungsbewusste Entscheidungen zu treffen und sich auch vor Risiken wie sexuellen Übergriffen oder Missbrauch besser schützen zu können.

Oder anders ausgedrückt: Prävention des sexuellen Missbrauchs ist ohne Sexualaufklärung und Sexualerziehung unmöglich, wie es Werner Meyer-Deters, Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und –vernachlässigung, in einem internen Expertenworkshop der BZgA formulierte.⁴

Literatur

- BZgA, 1998. Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung. Bd. 4 Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Köln.
- BZgA, 2011. Jugendsexualität 2010. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Aktueller Schwerpunkt Migration, Köln.
- BZgA, 2011. Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Abstimmung mit den Bundesländern.
- BZgA, WHO Regional Office for Europe, 2006. Country papers on youth sex education in Europe. Cologne.
- IPPF, 2006. Sexuality Education in Europe. A reference guide to policies and practices. The SAFE project. Brussels, IPPF European Network.
- Ketting, E., Winkelmann, C., 2011. Sexual Health of adolescents and young people in the WHO European Region. *Entre Nous* 72, 2011, 12–13.
- United Nations, 1989. Convention on the Rights of the Child. New York.
- Wanzeck-Sielert, Ch., 2010. Sexualekunde und Selbstbehauptungstraining in Kindergarten und Grundschule. Ansätze und Einschätzungen aus sexualpädagogischer Sicht, in: FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung, 3/2010 Sexueller Missbrauch.
- WHO, 2006. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva.
- WHO Regional Office for Europe and BZgA, 2010. Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities. BZgA, Federal Centre for Health Education. Cologne.
- World Association for Sexual Health, 1999. Declaration of Sexual Rights. Hong Kong.

⁴ BZgA-interner Expertenworkshop „Prävention des sexuellen Missbrauchs“ 2010.

Adresse der Autorinnen

Stefanie Amann, Dr. Christine Winkelmann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, e-mail: christine.winkelmann@bzga.de

Sexuelle Gewalt gegen Kinder in Familien – Ein Forschungsüberblick*

Peter Zimmermann, Anna Neumann, Fatma Çelik, Heinz Kindler

Child sexual abuse within families – A research review

Abstract

This review offers a comprehensive overview of the current international and German research on child sexual abuse specifically within families regarding prevalence, the overlap with other forms of child abuse or neglect, and risk factors increasing the probability of sexual abuse in childhood. In addition, current research and theoretical models regarding process characteristics like the beginning, duration, and ending of child sexual abuse within families, consequences of childhood sexual abuse for further mental and physical health and psychopathology, and differences in coping with child sexual abuse. The profound, long-term detrimental effects of child sexual abuse within families and outside of families on mental and physical health have been shown empirically, also in prospective longitudinal studies. Usually only a combination of risk factors is valid and predictive of child sexual abuse. Research on protective factors or on emotion regulation during re-working of these emotionally threatening experiences currently is poor and an important area for future studies.

Keywords: Prevalence of child sexual abuse within families, dynamic processes of child sexual abuse, risk factors for child sexual abuse; protective factors against child sexual abuse, psychopathology, emotion regulation

Zusammenfassung

Der Beitrag gibt einen Überblick über den aktuellen internationalen und deutschen Forschungsstand zur Prävalenz sexueller Gewalt gegen Kinder insbesondere innerhalb von Familien, zu Überlappungen mit anderen Formen der Misshandlung oder mit Vernachlässigung von Kindern, zu Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit sexueller Gewalt gegen Kinder erhöhen. Weiterhin werden aktuelle Befunde oder Modelle vorgestellt, die Verlaufscharakteristika, wie Beginn oder Beendigung sexueller Gewalt gegen Kinder, sowie über die Auswirkungen auf die weitere psychische und

physische Entwicklung der Kinder, die Zusammenhänge mit Psychopathologie, sowie Unterschiede in der psychischen Verarbeitung der Erfahrung sexueller Gewalt. Die langfristigen negativen psychischen und physischen Auswirkungen der Erfahrung sexueller Gewalt sind vielfältig und gravierend und auch anhand prospektiver Studien belegt. Einzelne Risikofaktoren sind meist nur in Kombination prädiktiv oder valide. Der Forschungsstand zu Schutzfaktoren oder zur Emotionsregulation im Bereich der Verarbeitung entstehender Emotionen ist noch defizitär und wäre zukünftig sinnvoll.

Keywords: Prävalenz sexueller Gewalt gegen Kinder, Entstehung und Beendigung sexueller Gewalt gegen Kinder in Familien, Risiko- und Schutzfaktoren für sexuellen Missbrauch, Psychopathologie, Emotionsregulation, Verarbeitung sexuellen Missbrauchs in der Kindheit

Sexuelle Gewalt gegen Kinder, auch innerhalb von Familien, tritt weltweit auf und hat schwerwiegende langfristige Konsequenzen im Lebenslauf der Betroffenen. Im vorliegenden Beitrag wird der aktuelle Forschungsstand zu sexueller Gewalt gegen Kinder innerhalb von Familien im Vergleich zu sexueller Gewalt gegen Kinder insgesamt anhand deutscher und internationaler Studien dargestellt. Spezifisch ausgeführt werden Befunde zu Prävalenzraten, Risiko- und Schutzfaktoren, die das Auftreten sexueller Gewalt gegen Kinder beeinflussen, zu Folgen sexueller Gewalt gegen Kinder für deren weitere soziale, emotionale und sexuelle Entwicklung bzw. die Entwicklung psychischer Störungen und zum Umgang der Betroffenen mit den Erfahrungen sexueller Gewalt.

Generelle Aussagen zum Forschungsstand zu sexueller Gewalt gegen Kinder sind durch die große methodische und definitorische Vielfalt der publizierten Studien stets nur mit Einschränkungen zu machen. Eine wesentliche Schwierigkeit bei der Verallgemeinerung der empirischen Studien liegt in den uneinheitlichen Kriterien bei der Erfassung sexueller Gewalt gegen Kinder, die je nach Studie oder Statistik herangezogen werden. Die Definitionen, die in verschiedenen Publikationen verwendet werden, unterscheiden sich z. B. hinsichtlich der Altersgrenze beim Opfer, unterhalb derer noch von sexueller Gewalt ausgegangen wird, dahingehend, ob ein Mindestaltersabstand zwischen Opfer und Täter mit einbezogen

* Gekürzte und aktualisierte Version einer Expertise zu sexueller Gewalt gegen Kinder in Familien für das DJI bzw. die Unabhängige Bundesbeauftragte zur Aufklärung des sexuellen Kindesmissbrauchs.

wurde, ob die Ausübung von Druck oder Zwang als Kriterium gefordert wurde, inwieweit in der Studie der Entwicklungsstand eines Kindes mit einbezogen wurde (vgl. Bange, 2002, Köhnken, 2003, Wetzels, 1997, Finkelhor, 1994, Heyden & Jarosch, 2010).

Die exakte Erfassung von Prävalenzen, eine generalisierbare Prüfung langfristiger Konsequenzen, und die Erklärung von Ursachen oder Verlaufsformen sexueller Gewalt gegen Kinder werden auch dadurch erschwert, dass sexueller Missbrauch selten zeitnah aufgedeckt oder mitgeteilt wird. Somit ist die wissenschaftlich exakte Trennung von bereits vorliegenden Symptomen, ausgelösten Symptomen oder erinnerten Symptomen nicht immer möglich. Schließlich sind Risikofaktoren für und Folgen von sexueller Gewalt gegen Kinder schwer zu isolieren, da experimentelle Settings, die Kausalzusammenhänge spezifisch prüfbar machen, selbstverständlich nicht einsetzbar sind (vgl. Rutter et al., 2001, Murray, Farrington, & Eisner, 2009) und so Konfundierungen mit anderen Risikofaktoren nicht komplett kontrolliert werden können. Trotz all dieser wissenschaftlichen Bedenken gibt es eine genügend große Anzahl an empirischen Studien, die eine aussagefähige Übersicht des aktuellen Forschungsstands ermöglichen.

Prävalenz sexueller Gewalt gegen Kinder

Internationaler Forschungsstand

Der erste große internationale Überblicksartikel, der Studien zur Prävalenz sexueller Gewalt gegen Kinder zusammenfasst, stammt von Finkelhor (1994). Eine aktuellere Meta-Analyse (Pereda, Guilera, Fornis & Gómez-Benito, 2009) beinhaltet 37 Studien mit 37.904 männlichen Studienteilnehmern und 63 Studien mit 63.118 weiblichen Studienteilnehmern aus verschiedenen Kontinenten. Allerdings ist in dieser Übersicht, wie in der überwiegenden Anzahl internationaler Übersichtsarbeiten, keine deutsche Studie mit einbezogen. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass als Mittelwert 7,4% (mit 6%–10% als 95% Konfidenzintervall) der Männer und 19,2% (mit 17%–22% als 95% Konfidenzintervall) der Frauen weltweit das Opfer sexueller Gewalt in ihrer Kindheit waren. Auf jeden männlichen sexuellen Missbrauchsfall in der Kindheit kommen somit weltweit betrachtet 2,5 Fälle bei Frauen. Dies entspricht in etwa auch der früher berichteten Rate von 1:3 (Finkelhor, 1994). Dieser Geschlechtsunterschied in der Verteilung kann einerseits die tatsächlichen Geschlechtsunterschiede in den Basisraten widerspiegeln. Andererseits wird von den Autoren auch

aufgeführt, dass Einstellungen und Stereotype hinsichtlich der Geschlechtsrollen dazu führen können, dass Männer in diesen Selbstberichtsstudien ihre sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit in Befragungen seltener angeben oder nicht als Missbrauch bewerten. Als Gründe nennen die Autoren die Scham als homosexuell oder schwach beurteilt zu werden und die Bewertung von Sexualität mit erwachsenen Frauen als Anzeichen von Männlichkeit (vgl. Pereda et al., 2009). Die Altersgrenze, bis zu der sexuelle Gewalt gegen Kinder in der Meta-Analyse mit einbezogen war, variierte zwischen 12 und 18 Jahren, hatte aber keinen statistischen Einfluss auf die gefundene Prävalenzrate. Unterschiede in der Prävalenzrate ergaben sich zwischen verschiedenen Kontinenten und im Vergleich nationaler und lokaler Studien, wobei innerhalb jeder Kategorie eine geringe Homogenität gegeben war. In Afrika wurde eine durchschnittliche Auftretenshäufigkeit von 34% berichtet, in Amerika (gesamt) ca. 15% und in Europa von 9%. Die durchschnittliche Prävalenz sexueller Gewalt gegen Kinder ist bei nationalen Studien (10%) geringer als bei eher lokalen, auf einen Ort oder eine Region bezogenen Studien (16%). Allerdings erklärt auch dieser Faktor nicht die komplette Variabilität der Prävalenzrate in den einzelnen Studien.

Bei einer Auswertung der Studien nach dem Alter zum Zeitpunkt der Viktimisierung, zeigen die Prävalenzen sexuellen Missbrauchs ab dem Alter von 9 Jahren einen Anstieg bis zum Alter von 15 Jahren und gehen dann langsam abflachend wieder zurück (Finkelhor et al., 2009). Für die USA vorliegende Wiederholungsuntersuchungen an repräsentativen Stichproben zeigen zudem, dass die Prävalenzrate sexuellen Missbrauchs von Kindern zwischen Mitte der 90er Jahre und 2005 in den USA deutlich gesunken sind (Gilbert et al., 2009).

In der Übersicht europäischer Studien zur Prävalenz sexueller Gewalt gegen Kinder von Lampe (2002) sind zwischen 6% und 36% der Mädchen und 1% und 15% der Jungen unter 16 Jahren Opfer sexueller Gewalt. Ein korrekter direkter Vergleich unter europäischen Ländern ist jedoch nicht auf der Basis dieser Zahlen zu treffen, da die Kriterien zur Erfassung sexueller Gewalt gegen Kinder länderspezifisch sind. Vergleiche nach einer engeren Definition (also ohne Exhibitionismus und nur bei Kindern unter 16 Jahren) ergaben Häufigkeitsangaben von berichteter sexueller Gewalt zwischen 6% und 15% bei Frauen und 1% und 9% bei Männern. Allerdings sind diese Zahlen zum Teil bereits deutlich veraltet, so dass eine europäische Studie mit einheitlichen Definitionskriterien und Untersuchungsmethoden notwendig ist. Verlässliche Zahlen können dabei nicht nur über Befragungen repräsentativer Bevölkerungstichproben gewonnen werden, wie etwa eine Studie aus den Niederlanden (van IJzendoorn et al., 2007) zeigt. Dort wurde eine große

Gruppe an Fachkräften aus verschiedenen Berufsgruppen zu ihren bekannten Fällen verschiedener Arten an Kindeswohlgefährdung befragt (Sentinel-Methodologie). Die Befunde deuten darauf hin, dass dort im Jahr 2005 ungefähr 4.700 Kinder Opfer sexueller Gewalt waren, das sind 1,3 Fälle auf 1.000 Kinder.

Prävalenz sexueller Gewalt gegen Kinder in Deutschland

Zahlen zum Hellfeld sexueller Gewalt gegen Kinder lassen sich prinzipiell aus zwei Quellen beziehen, der Anzahl verurteilter Straftaten und den Statistiken der Jugendhilfe. Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes zu verurteilten Straftaten wegen sexuellem Kindesmissbrauchs in Deutschland ergeben für die Jahre 2000 bis 2008 zwischen 2.249 und 2.437 Verurteilungen pro Jahr. Eine Aufteilung hinsichtlich des Geschlechts der Täter ergibt für erwachsene Männer eine Anzahl an Verurteilungen zwischen 1.576 (Minimum) und 2.049 (Maximum) pro Jahr. Für erwachsene Frauen als Täterinnen ergeben sich 22 (Minimum) und 43 (Maximum) Verurteilungen pro Jahr. Eine Aufteilung nach Fällen innerhalb und außerhalb der Fa-

milie ist der Statistik leider nicht zu entnehmen. Statistiken der Jugendhilfe eröffnen in vielen Ländern einen weiteren Zugang zum Hellfeld, nicht jedoch in Deutschland, da hier bundesweite statistische Erhebungen zur Anzahl bekannt gewordener Gefährdungsfälle bislang fehlen.

Einen Zugang zum Dunkelfeld eröffnen (meist retrospektive) Bevölkerungsstudien. In Deutschland wurden solche Befragungen zur Prävalenz sexueller Gewalt gegen Kinder mittels Interview oder Fragebogen größtenteils in den 90er Jahren durchgeführt oder veröffentlicht. Eine aktuelle Untersuchung stammt aus dem Jahr 2011. In Tabelle 1 sind die größeren publizierten deutschen Studien zur Prävalenz sexueller Gewalt gegen Kinder aufgeführt. Hier wurde die erweiterte Definition von sexuellem Missbrauch verwendet. Die Stichprobengröße, die Rücklaufquoten und das angesetzte Schutzalter der Kinder in den Studien variieren, was einen Teil der Unterschiede in den gefundenen Prävalenzen erklärt.

Nach den vorliegenden Studien geben zwischen 12,5% und 29% der Frauen und zwischen 4% und 8,2% der Männer in Deutschland an, in der Kindheit sexuelle Gewalt erfahren zu haben (Bange, 1992, Bange & Deegener, 1996, Krahe, & Scheinberger-Olwig, 2002, Lange, 2000, Raup & Eggers, 1993, Richter-Appelt, 1995, Schö-

Tab.1 Übersicht über größere deutsche Studien zur Prävalenz sexueller Gewalt gegen Kinder

Studie	Befragte Personen	Prävalenz	
		Männer	Frauen
Schötensack, Elliger, Gross & Nissen, 1992 Bayern	1.841 Berufsschüler/innen und Studierende	5,8%	16,1%
Bange, 1992 Nordrhein-Westfalen	861 Studierende Fragebogen	8,2%	25,1%
Raup & Eggers, 1993 Nordrhein-Westfalen	1.009 Studierende/ Berufsschüler/innen	6,3%	25,2%
Richter-Appelt, 1995 Hamburg	1.068 Studierende	4,0%	23,0%
Bange & Deegener, 1996 Saarland	869 Studierende/ Berufsschüler/innen	5,0%	22,0%
Wetzels, 1997 Deutschland/repräsentativ	3241 Erwachsene	6,2%	18,1%
Lange, 2000 Großstädte in West- und Ostdeutschland	687 16- bis 17-jährige	4,0%	29%
Krahe & Scheinberger-Olwig, 2002 Berlin und Potsdam	980 Jugendliche/Junge Erwachsene	7,1%	12,5%
	Männer als Opfer von Frauen, N=648	8,3%	
	Männer als Opfer von Männern, N=310	20,7%	
Bieneck, Stadler & Pfeiffer, 2011 Deutschland	16- bis 40 Jährige N = 11.428	3,2%	14,2%

tensack, Elliger, Gross, & Nissen, 1992, Wetzels, 1997). Die erste als repräsentativ zu beurteilende Studie (Wetzels, 1997) ergab, dass 18% der Frauen und 6% der Männer berichten, in ihrer Kindheit Opfer sexueller Übergriffe geworden zu sein. Die zweite repräsentative deutsche Studie aus dem Jahr 2011 von Bieneck, Stadler und Pfeiffer findet etwas niedrigere Raten, nämlich 14,2% der Frauen und 3,2% der Männer. Allerdings ergeben bereits einfache Kriterienveränderungen deutliche Änderungen der Prävalenzraten. Bei Festlegung von Schutzaltersgrenzen auf das 14. Lebensjahr sank in der repräsentativen Studie von Wetzels (1997) die Zahl der Opfer sexueller Gewalt bei den Frauen auf 10,7% und bei den Männern auf 3,4%. Dies macht deutlich, dass das Kriterium die gefundenen Prävalenzraten jeder einzelnen Studie deutlich beeinflusst.

Generell zeigen die deutschen Studien somit für Frauen vergleichbare Prävalenzen wie auch in internationalen Studien, für Männer jedoch eher etwas niedrigere Raten an berichteten sexuellen Missbrauchserfahrungen (vgl. Lampe, 2002, Pereda, Guiera, Fornis & Gomez-Benito, 2009b).

Prävalenz sexueller Gewalt gegen Kinder innerhalb der Familie – Internationale Vergleichsstudien

Bei der Erfassung der Prävalenzen von sexueller Gewalt gegen Kinder innerhalb der Familie können die international vorliegenden Meta-Analysen und Übersichtsarbeiten nicht zugrunde gelegt werden, da die einbezogenen Studien nur selten die Beziehung des Opfers zum Täter exakt aufschlüsseln. In manchen Studien wird z. B. nur nach sexueller Gewalt durch einen dem Kind bekannten Erwachsenen gefragt und somit Bekanntschaft oder Verwandtschaft nicht getrennt. Dies führt zu geringerer empirischer Klarheit über die Häufigkeit sexueller Gewalt innerhalb der Familie, als bei den Zahlen zu sexueller Gewalt gegen Kinder insgesamt. Deshalb werden im Folgenden die Daten aus einzelnen größeren Studien als Vergleichsmaßstab berichtet. Es werden nur die größeren Studien mit einbezogen, da kleinere, nur auf einen Ort begrenzte Studien, die Prävalenzraten nicht immer korrekt schätzen (vgl. Pereda et al., 2009).

In einer Studie in Minnesota, USA, wurden in den Jahren 1992 und 1998 fast vollständig alle Schüler der 9. und 12. Klassen und somit 77.374 bzw. 81.247 Jugendliche anonym befragt (Saewyc, Pettingell & Magee, 2003). Die Ergebnisse zeigten bei Unterscheidung dreier unterschiedlicher Gruppen, dass sexueller Missbrauch **nur innerhalb der Familie** von 3,0% bzw. 2,7% der Mädchen und von 0,6% bzw. 0,7% der Jungen berichtet wurde (Gruppe 1). Die Anzahl der Fälle sexueller Gewalt durch

Täter außerhalb der Familie (Gruppe 2) war deutlich höher. Sexueller Missbrauch von Kindern **sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie** (Gruppe 3) wurde bei 3,5% und 2,2% der Mädchen und von 1,1% bzw. 1,5 % der Jungen berichtet (Zahlen von 1992 bzw. 1998).

In einer Studie von Casey & Nurius (2006) mit 1.325 Frauen ab 18 Jahren zeigten sich Unterschiede für verschiedene Alterskohorten. In der Kohorte der 18–30-jährigen Frauen berichteten 22% der Missbrauchsoffer von sexueller Gewalt durch einen Verwandten, während die Kohorte der bis 49-jährigen Frauen dies zu 27% und die bis 60-jährigen dies zu 35 % angaben. Die Studie ergab somit eine kohortenspezifische Abnahme der Häufigkeit sexueller Gewalt gegen Kinder durch Täter innerhalb der Familie. Dies wäre demnach in früheren Jahrzehnten häufiger aufgetreten als in jüngerer Zeit. Da Gedächtniseffekte eher gegen einen solchen Trend sprechen würden, kann dies möglicherweise auch als Anhaltspunkt für einen gesellschaftlichen Veränderungsprozess gesehen werden. Zumindest erlaubt dieses Studiendesign solche Überlegungen.

Ebenfalls in den USA fanden Weckerle und Kollegen (2009), dass bei 409 Jugendlichen, die den Jugendschutzorganisationen als multiple Missbrauchsfälle (Vernachlässigung, körperlicher und sexueller Missbrauch) aufgefallen waren und längsschnittlich untersucht wurden, dass von den Fällen mit sexuellem Missbrauch (30% der Mädchen und 8% der Jungen) die meisten durch andere Erwachsene, *nicht* aber durch die Eltern oder Verwandte sexuelle Gewalt erlebt hatten (61% der Mädchen und 80% der Jungen).

Nach der Übersichtsarbeit zur Prävalenzrate von Lampe (2002) mit Daten aus Befragungen liegen innerhalb Europas die Prävalenzen für Formen **sexueller Gewalt gegen Kinder mit Körperkontakt in Familien** je nach Studie und erhobener Stichprobe bei Mädchen zwischen 2,6% und 78% und bei Jungen zwischen 0 und 22%. Dies inkludiert bereits vier deutsche Studien.

Prävalenz sexueller Gewalt gegen Kinder innerhalb der Familie – Deutsche Studien

Da die aus den Kriminalstatistiken stammende Zahlen zum Hellfeld im Hinblick auf die Prävalenz wenig verlässlich sind (Köhnken, 2003), werden im Folgenden die Ergebnisse einzelner größerer deutscher Dunkelfeldstudien herangezogen, um die Häufigkeit sexueller Gewalt gegen Kinder in der Familie genauer zu beschreiben.

In der Studie von Raupp und Eggers (1993) wurden 1.009 Studierende und Berufsschüler/innen ab 18 Jahren retrospektiv befragt. Die Rate an **berichtetem** sexuellem Missbrauch **innerhalb** der Familie lag in dieser Studie bei

39% der insgesamt berichteten Missbrauchsfälle, also bei $N = 64$ Personen. Dies sind 6 % der insgesamt befragten Personen. Die Studie zeigt, dass $N = 9$ männliche Personen sexuelle Gewalt innerhalb der Familie berichten, also 0,9% der Stichprobe. Bei den Frauen liegt der Anteil bei 5,1%, also $N = 52$ Personen.

Bei den **Missbrauchsfällen mit Körperkontakt** (Manipulation oder Penetration) wurden 58% durch ein Familienmitglied verübt, dies sind 5,1% der Gesamtstichprobe, also $N = 52$ Personen. Im Vergleich hierzu, wurden 30% der berichteten **Missbrauchsfälle mit Körperkontakt** durch Bekannte der Opfer außerhalb der Familie verübt und 5 % davon durch unbekannte Personen. Bei den weiblichen Opfern von **Missbrauch mit Körperkontakt** (Manipulation oder Penetration) lag der Anteil der Frauen mit Missbrauchsfällen durch ein Familienmitglied bei 62% ($N = 45$), bei den männlichen Opfern mit erlebtem Körperkontakt bei 44% ($N = 7$).

Im Vergleich zu Raupp und Eggers (1993) ist die Rate von berichteter innerfamiliärer, sexueller Gewalt in der Studie von Wetzels (1997) bei einer eher repräsentativen Gesamtstichprobe von $N = 3.241$ befragten Personen bei Frauen 2,6% ($N = 44$) und bei den Männern 0,9% ($N = 12$). Die Rate der Opfer von Vätern oder Stiefvätern liegt in dieser Studie 1,3% ($N = 23$) bei Frauen und 0,3% ($N = 5$) bei Männern. Die Kriterien zur Definition sexueller Gewalt gegen Kinder sind bei Wetzels etwas anders als bei Raupp und Eggers (1993), da bei Wetzels das Alter bis zum Eintreten des Ereignisses bei 16 Jahren als obere Grenze angelegt wurde, bei Raupp und Eggers (1993) jedoch bei 14 Jahren.

Die Täter bei sexueller Gewalt an Kindern in der Studie von Wetzels waren zu 21 % Familiengehörige. Im Vergleich hierzu wurden 41,9 % Bekannte und 25,7 % Fremde genannt.

Bei weiblichen Opfern sind 13,8 %, bei männlichen Opfern sind 9,1% die Väter oder Stiefväter als Täter genannt.

Diese beiden deutschen Studien würden somit eine Rate der innerfamiliären sexuellen Gewalt gegen Kinder bei Frauen zwischen 2,6% und 5,1%, bei Männern von 0,3% bis 0,9% ergeben. Auch hier deutet sich zumindest deskriptiv wie in der Meta-Analyse von Pereda und Kollegen (2009) an, dass die Prävalenz etwas höher ist, wenn Befragungen lediglich regional begrenzt durchgeführt werden, möglicherweise weil räumlich begrenzte Studien mit weniger Aufwand bei der Rekrutierung der Stichprobe verbunden sind und daher ein intensiveres Nachfragen und Nachfassen erlauben.

Bei der Bewertung der Prävalenzrate zu sexueller Gewalt gegen Kinder innerhalb Deutschlands sind selbstverständlich die methodischen Probleme unterschiedlicher Definitionen von sexuellem Missbrauch, sowie Ef-

fekte der Erhebungsmethode zu berücksichtigen. Selbst bei der sehr gründlichen Studie von Wetzels (1997) ist davon auszugehen, dass bestimmte Personengruppen nicht erfasst wurden, die schwer erreichbar sind, z. B. Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf, nichtdeutschsprachige Bevölkerungsgruppen, Obdachlose, inhaftierte oder anderweitig institutionalisierte Personen. Insofern diese Personengruppen in besonderem Ausmaß von sexuellem Missbrauch in der Kindheit betroffen sind, wird dadurch die tatsächliche Prävalenzrate unterschätzt.

Eine weitere Einschränkung der Beurteilung der Selbstberichte über sexuelle Gewalt innerhalb der Familie liegt darin, dass es eine relativ große Anzahl an Personen gibt, die tatsächliche sexuelle Missbrauchserfahrungen retrospektiv als Erwachsene nicht berichten. In den Studien von Williams (1984) und Widom und Morris (1997) waren dies 38% bzw. 37% bei allerdings kleinen Stichproben und einer Dauer der Rückerinnerung von 17 bis 20 Jahren. Die Studie von Goodman und Kollegen (2003) zeigte bei einer Rückerinnerungsdauer von 13 Jahren, dass dennoch 19% der befragten Personen den bereits dokumentierten Fall sexuellen Missbrauchs nicht berichteten. Die internationalen wie auch die deutschen Studien zur Prävalenz beziehen ihre Angaben jedoch genau aus solchen retrospektiven Erinnerungen. Somit kann der Selbstbericht eine Unterschätzung der tatsächlichen Rate an sexueller Gewalt gegen Kinder darstellen.

Aufgrund dieser Überlegungen und Befunde ist davon auszugehen, dass Zahlen zum Hellfeld, aber auch, wenngleich in geringerem Umfang Befunde zum Dunkelfeld das tatsächliche Ausmaß sexueller Gewalt gegen Kinder unterschätzen. Raupp und Eggers (1993) beziehen sich beispielsweise auf Daten zu angezeigter sexueller Gewalt und gehen davon aus, dass lediglich 3,3% der Fälle von Missbrauch innerhalb der Familie, 4,3% der Fälle im Bekanntenkreis und 15 % der Fälle durch Fremde polizeilich gemeldet werden. Die Autoren vermuten daher ein reales Verhältnis von 1:30 (gemeldete Fälle: tatsächlich geschehene Fälle) für innerfamiliäre sexuelle Gewalt und 1:23 für außerfamiliäre Fälle sexueller Gewalt gegen Kinder.

Auch wenn die aktuelle Studie von Bieneck, Stadler und Pfeiffer (2011) wichtige neue Erkenntnisse zu Prävalenzraten liefert, wären regelmäßige Erfassungen von Prävalenzen, die mit den gemeldeten Fällen abgeglichen werden können, sinnvoll. Außerdem sollten hierbei das Erstarben bei Missbrauchereignissen, die Dauer der Missbrauchereignisse sowie die Beziehung zum Täter mit erfasst werden, um kohortenspezifische Analysen zu ermöglichen. Auch so können gesamtgesellschaftliche Veränderungen erst deutlich gemacht werden (vgl. Casey & Nurius, 2006).

Der Einbezug von Gruppen, die kaum oder nur sehr niederschwellig erreichbar sind, ist dringend notwendig, um die Repräsentativität der Erhebung zu gewährleisten und gegenüber bisherigen Studien zu verbessern. In den USA oder auch den Niederlanden werden Sentinel-Erhebungen eingesetzt, dies könnte auch für Deutschland eine sinnvolle Möglichkeit sein, die erhobenen Daten tatsächlich als realistische Schätzungen der Gesamtpopulation zu verstehen. Schulbasierte Studien, die bereits im Jugendalter ansetzen, vergleichbar zu solchen in den USA, könnten aktuelle Zahlen mit weniger Erinnerungsdefizit ermöglichen als Studien mit Erwachsenen. Hierbei sind aber selbstverständlich in der Art der Befragungen emotionale Belastungen zu vermeiden und Hilfsangebote vorab anzubieten.

Überlappung von sexueller Gewalt gegen Kinder mit anderen familiären Gefährdungsformen

Es gibt einige wissenschaftliche Befunde, die darauf hindeuten, dass sexuelle Gewalt gegen Kinder, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie, häufig parallel körperlicher oder emotionaler Misshandlung ausgesetzt sind. Hierzu zählen körperliche Misshandlung, wie z. B. häufiges Geschlagen- Getreten- oder Beworfenwerden, so dass blaue Flecken oder Verletzungen zurück bleiben (vgl. Dong et al., 2003, 2004), emotionaler Missbrauch (definiert beispielsweise als *zu Hause das Gefühl vermittelt bekommen, nichts wert zu sein* [Krahé et al., 2007] oder *verbaler Missbrauch, z. B. lächerlich gemacht werden* [Harter & Taylor, 2000]), sowie im Bereich Vernachlässigung, z. B. nicht ausreichende Versorgung und Pflege der Kinder bei Sauberkeit, Essen und Kleidung oder das allein gelassen werden, wenn jemand für das Kind da sein sollte (vgl. Hahm et al., 2010).

Studien, die sich mit der Überlappung von sexuellem Kindesmissbrauch und anderen Formen des Missbrauchs befassen, stützen sich meist entweder auf retrospektive Erinnerungen von Erwachsenen, oder auf aktuelle Gefährdungsfälle aus der Jugendhilfe und Kinderschutzbehörden. Ein Nachteil dieser retrospektiven Studien ist, dass Erinnerungen, nicht nur an sexuellen Missbrauch, verzerrt sein können. Daneben gibt es eine Reihe Studien, die aktuelle Gefährdungsfälle aus der Jugendhilfe untersuchen. Hier ist weniger mit Erinnerungsverzerrungen zu rechnen. Allerdings ist ebenfalls nicht sicher, dass alle Gefährdungserfahrungen berichtet werden. Zudem wird der Jugendhilfe bzw. Kinderschutzbehörden Gefährdung eher bei Familien bekannt, die ohnehin unter Beobach-

tung stehen, so dass sich auf dieser Grundlage möglicherweise ein etwas verzerrtes Bild ergibt. Unabhängig vom methodischen Zugang ist es wichtig zu betonen, dass auch viele Studien, die sich mit Überlappungen befassen, nicht zwischen inner- und extrafamiliärem sexuellem Missbrauch unterscheiden. Auch in diesem Bereich ist der internationale Forschungsstand deutlich elaborierter, so dass im Folgenden internationale und deutsche Forschungsergebnisse zusammengefasst werden.

Retrospektive Studien

In einem Überblicksartikel fassen Higgins und McCabe (2001) 29 Studien zusammen, in denen retrospektive Angaben von Erwachsenen zu unterschiedlichen Formen der Gefährdung, die sie in der Kindheit erfahren haben, aufgeführt werden. Neben sexueller Gewalt wurde in den Studien am häufigsten körperliche Misshandlung erhoben, aber auch emotionale Misshandlung und Vernachlässigung.

In einigen dieser Studien wird von einem Zusammenhang zwischen sexueller Gewalt und körperlicher Misshandlung berichtet (Bryant & Range, 1995a,b, Engels et al., 1994, Janus et al., 1987, Kamsner et al., 2000, Mancini et al., 1995, Mullen et al., 1994, Nash et al., 1993, Roth et al., 1997). Andere Studien berichten Zusammenhänge zwischen sexueller Gewalt und körperlicher Misshandlung sowie Vernachlässigung (Bagley & McDonald, 1984), zwischen sexueller Gewalt und kombinierter emotionaler und körperlicher Misshandlung (Bagley et al., 1994) oder emotionaler und körperlicher Vernachlässigung (Bernstein et al., 1994), bzw. allgemein Zusammenhänge zwischen verschiedenen Gefährdungsformen, ohne spezifische Aufschlüsselung der Gefährdungsformen (Higgins & McCabe, 2001). Die Befundlage ist jedoch nicht immer einheitlich. Briere und Runtz (1990) berichten beispielsweise von Überlappungen zwischen körperlicher und emotionaler Misshandlung in einer Stichprobe von 277 weiblichen Studentinnen, aber nicht zwischen diesen Misshandlungsformen und sexueller Gewalterfahrung. Dies steht im Gegensatz dazu, dass andere Studien darauf hindeuten, dass die Überlappung zwischen körperlicher Misshandlung und sexueller Gewalterfahrung bei Mädchen sogar größer ist als bei Jungen (Roth et al., 1997).

Seit dem Überblicksartikel von Higgins und McCabe (2001) sind mehrere, teilweise an sehr großen Stichproben durchgeführte Studien erschienen, von denen hier eine exemplarisch aufgeführt sei: Dong und Kollegen (Dong, Anda, Dube, Giles & Felitti, 2003) berichten von Überlappungen in Missbrauchserfahrungen in einer großen Bevölkerungsstichprobe (N = 17.337). Knapp ein Viertel (24,7%) der Frauen und 16% der Männer be-

richteten von sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit. Sexuelle Missbrauchserfahrungen erhöhten das Risiko anderer Gefährdungserfahrungen signifikant für Frauen und Männer, wobei sich das Risiko für Frauen stärker erhöhte als für Männer. Gegeben, dass Frauen sexuell missbraucht wurden, erhöhte sich das Risiko für emotionale Misshandlung 3,4-fach, bei Männern 2,5-fach, das Risiko für körperliche Misshandlung erhöhte sich dreifach für Frauen und zweifach für Männer, das Risiko für emotionale Vernachlässigung erhöhte sich 2,8-fach für Frauen und zweifach für Männer und das Risiko für körperliche Vernachlässigung erhöhte sich 2,9-fach für Frauen und 2,1-fach für Männer. Die mittlere Anzahl negativer Kindheitserfahrungen hing außerdem signifikant zusammen mit der Schwere des sexuellen Missbrauchs, mit einer Abstufung von „kein sexueller Missbrauch“, „Anfassen“, „versuchter Geschlechtsverkehr“, „durchgeführter Geschlechtsverkehr“, und unter Einbezug der Dauer und Häufigkeit des sexuellen Missbrauchs. Herrenkohl und Herrenkohl (2009) berichten aus einer rückblickenden Befragung von über 400 Jugendlichen mit oder ohne Kinderschutzintervention in der Vorgesichte über moderat starke Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung ($r=0.30$), sexuellem Missbrauch und emotionaler Misshandlung ($r=0.32$) sowie sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung ($r=0.35$).

In Deutschland untersuchte Wetzels retrospektiv Überlappungen unterschiedlicher Gefährdungsformen (Wetzels, 1997). In dieser Studie wurden 1.604 Männer und 1.685 Frauen, zwischen 16 und 59 Jahren der allgemeinen Bevölkerung in Deutschland befragt. Der Autor zeigte, dass die Kombination von körperlicher Misshandlung und moderatem sexuellem Missbrauch (einmaliger Körperkontakt; $N = 22$, $p < .001$) und die Kombination von körperlicher Misshandlung und schwerwiegendem sexuellem Missbrauch (mehrmaliger Körperkontakt; $N = 32$, $p < .001$) überzufällig häufig auftraten, wohingegen kein signifikantes Zusammenhangsmuster zwischen körperlicher Misshandlung und Exhibitionismus feststellbar war. Wetzels führt weiter aus, dass von den 185 Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs mit Körperkontakt, nur 3% keinerlei körperliche Elterngewalt erlebten. Von den Missbrauchsoffern mit Körperkontakt erlebten 29,2% körperliche Misshandlungen und weitere 35,1% häufiger körperliche Züchtigung. Wetzels berichtet außerdem, dass die umgekehrte Wahrscheinlichkeit (also dass, gegeben, dass körperliche Misshandlung vorliegt, auch sexueller Missbrauch erlebt wurde) ebenfalls erhöht ist. Hierbei gilt allerdings – wegen der höheren Basisrate körperlicher Elterngewalt –, dass die Mehrzahl der Opfer elterlicher körperlicher Misshandlung nicht gleichzeitig auch sexuellen Missbrauch erlebte. Betrachtet man Frauen und Männer

getrennt, finden sich die Zusammenhänge in ähnlicher Weise. Für Frauen ist der Zusammenhang, aufgrund der höheren Basisrate sexuellen Missbrauchs, etwas erhöht. Krahe (2010) untersuchte in einer Reihe von Studien den Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch, körperlicher und emotionaler Misshandlung in der Kindheit und Jugend und sexuellen Gewalterfahrungen als Erwachsener. Die Daten zeigen, dass insbesondere sexueller Missbrauch und emotionale Misshandlung in der Kindheit das Risiko für sexuelle Viktimisierung im Erwachsenenalter erhöhen. Sexueller Missbrauch in der Kindheit erhöht das Risiko sexueller Viktimisierung erwachsener Frauen durch Männer fast vierfach (Odds Ratio = 3.82) und für Männer durch Männer 2½-fach (Odds Ratio 2.51), während sich bei sexueller Viktimisierung erwachsener Männer durch Frauen kein Zusammenhang findet. Emotionale Misshandlung in der Kindheit erhöht das Risiko sexueller Viktimisierung erwachsener Frauen durch Männer fast 3-fach (Odds Ratio = 2.88) und für Männer durch Männer zweifach (Odds Ratio 2.20). Das Risiko als erwachsene Männer durch Frauen sexuell viktimisiert zu werden erhöhte sich aufgrund emotionalen Missbrauchs in der Kindheit fast 2,5-fach (Odds Ratio = 2.44). Für körperliche Misshandlung als Prädiktor für sexuelle Viktimisierung im Erwachsenenalter fanden sich hingegen nur nicht signifikante Trends.

Die meisten retrospektiven Studien finden also zumindest moderate Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch und anderen Gefährdungsformen, d.h. von einer substanziellen Minderheit bis zur Hälfte der Fälle mit geschildertem sexuellem Missbrauch werden weitere in der Kindheit erlebte Gefährdungsformen angegeben. Unterschiedliche Befunde zwischen den einzelnen Studien könnten an möglichen Geschlechtsunterschieden oder an den verwendeten Stichproben (allgemeine Bevölkerung vs. Studierende oder Schüler/innen) liegen. Hinweise darauf, dass der Grad der Überlappung auch mit dem Schweregrad des Missbrauchs zusammenhängt, legen nahe, dass ein weiterer Grund für unterschiedliche Effektstärken in den unterschiedlichen Definitionen von sexueller Gewalterfahrung, körperlicher und emotionaler Misshandlung, bzw. Vernachlässigung, liegt.

Zeitgleiche und prospektive Studien

Überlappungen zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und anderen Gefährdungsformen werden auch in Studien gefunden, die zeitgleiche Zusammenhänge untersuchen. In einer für die US-Bevölkerung repräsentativen Studie von über 4.000 Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 0 und 17 Jahren, die (bzw. deren Eltern) telefonisch interviewt wurden, untersuchten Finkelhor,

Turner, Ormrod und Hamby (2010) Zusammenhänge zwischen familiären Gewalterfahrungen und Missbrauchserlebnissen. Gefragt wurde nach Erlebnissen im vorigen Jahr ebenso wie nach Erlebnissen im gesamten bisherigen Leben. Die Autoren berichten, dass das Risiko im vergangenen Jahr körperlich angegriffen worden zu sein, sich, gegeben, dass im letzten Jahr ebenfalls sexueller Missbrauch erlebt wurde, 1,8-fach (Odds Ratio) erhöht, während sich im umgekehrten Fall (also das Risiko sexuell missbraucht worden zu sein, gegeben, dass körperliche Viktimisierung vorliegt), sich um das Fünffache erhöht. Odds Ratios bezogen auf Erlebnisse im gesamten Leben liegen vergleichbar bei 1,7 bzw. 6,2.

Nooner und Kollegen (Nooner, Litrownik, Thompson, Margolis, English, Knight et al., 2010) verfügten über Jugendamtsberichte zu sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung sowie über Interviewaussagen von 795 Jugendlichen im Alter von 12 Jahren. Die Autoren identifizierten vier Gruppen: (1) weder körperliche Misshandlung noch sexueller Missbrauch ($n = 677$; 85,1%), (2) schwerwiegende körperliche Misshandlung und „leichter“ sexueller Missbrauch ($n = 49$; 6,2%), (3) keine körperliche Misshandlung und „mildere“ Formen sexuellen Missbrauchs ($n = 46$; 5,8%), (4) schwerwiegende Formen von körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch ($n = 23$; 2,9%). Es scheint in dieser Stichprobe so, dass vor allem schwerwiegende Missbrauchsformen selten als alleinige Gefährdungsform auftreten.

Jonson-Reid und Mitarbeiter (2003) beschäftigen sich anhand von Kinderschutzmeldungen mit der Frage, wie häufig als Opfer betroffene Kinder und Täter über 4,5 Jahre wiederkehrend eine oder mehrere Formen von Gefährdung erleben bzw. ausüben. Untersucht wurde eine Stichprobe von über 60.000 Kinderschutzfällen. Als zentrales Ergebnis zeigte sich, dass 34,7% sexuell missbrauchter Kinder im Untersuchungszeitraum weitere Gefährdungseignisse erlebten, überwiegend Vernachlässigung oder Misshandlung.

In einer deutschen Studie von Münder, Mutke und Schone (2000) wurden Fallhebungen in Jugendämtern in 10 Bundesländern durchgeführt. Hierbei füllten Fachkräfte der Jugendämter standardisierte Fragebögen zu allen vormundschafts- oder familiengerichtlichen Verfahren mit Gefährdung des Kindeswohls, in welchen sie in den letzten eineinhalb Jahren mitgewirkt haben, aus. Die meistgenannte Gefährdungslage in den 318 untersuchten Fällen, die für die Einschaltung des Gerichts maßgeblich war, war Vernachlässigung (65,1%). Sexuelle Gewalterfahrung lag mit 16,7% der Nennungen hinter seelischer Misshandlung (36,8%) und körperlicher Misshandlung (23,6%). Zusätzlich zur Hauptgefährdung sexueller Missbrauch werden am häufigsten Vernachlässigung (28,0%), seelische Misshandlung (24,0%) oder körperliche Miss-

handlung (20,0%) genannt. Wird sexueller Missbrauch als weitere Gefährdung bezeichnet, so stehen am häufigsten seelische Misshandlung (22,5%) und Erwachsenenkonflikt um das Kind (15,4%) als Hauptgefährdung im Vordergrund. Die Autoren der Studie weisen darauf hin, dass die Studie keine Repräsentativität beansprucht, da erstens die Stichprobe zu klein ist und zweitens das Fallauswahlverfahren den entsprechenden Anforderungen nicht genügt.

Andere auf Befragungen basierende prospektive Studien oder Studien, die zumindest zeitgleich sexuelle Gewalt und andere familiäre Gefährdungserfahrungen erhoben und verglichen haben, sind in Deutschland entweder nicht durchgeführt oder nicht publiziert worden. Somit liegt uns keine ausreichende Datengrundlage für Deutschland vor.

Studien, die sich insbesondere mit innerfamiliärem sexuellem Missbrauch befassen zeigen ebenfalls, dass sexuelle Gewalterfahrung überzufällig häufig mit anderen Formen der Kindeswohlgefährdung gemeinsam auftritt. Hahn und Kollegen (2010) befragten 7.576 Frauen zwischen 18 und 27 Jahren zu sexuellen Missbrauchserlebnissen, körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung durch Eltern oder andere Erwachsene, die eine Erziehungsfunktion hatten. Es zeigte sich, dass 349 Frauen berichteten, sexuell missbraucht worden zu sein. Von diesen berichteten 44 von sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung, 58 von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung, und 200 von sexuellem Missbrauch, körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung. Sexueller Missbrauch kam also selten in Isolation vor und am häufigsten war die Kombination aller erhobenen Gefährdungsformen.

Cicchetti und Kollegen (Cicchetti, Rogosch, Gunnar & Toth, 2010) beschreiben Überlappungen zwischen innerfamiliärem sexuellem Missbrauch und emotionaler bzw. körperlicher Misshandlung in einer Stichprobe von 265 gefährdeten Kindern zwischen 7 und 13 Jahren. Im Schnitt hatte jedes Kind aus der Stichprobe 1,89 Formen von Gefährdung erlebt. In einer früheren Untersuchung aus dieser Stichprobe berichten Manly, Kim, Rogosch und Cicchetti (2001), dass von 492 Kindern mit Gefährdungserfahrungen zwischen 5 und 11 Jahren, 13% ($N = 59$) sexuellen Missbrauch erfahren hatten. Von diesen Kindern hatten lediglich 5% „ausschließlich“ sexuellen Missbrauch erfahren, alle anderen hatten auch emotionale oder körperliche Misshandlung erfahren. In beiden Veröffentlichungen ist davon auszugehen, dass die meisten Fälle sexuellen Missbrauchs innerhalb der Familie stattfanden; genaue Angaben zu den Tätern werden allerdings nicht gemacht.

Zum Zusammenhang zwischen innerfamiliärem sexuellem Missbrauch und anderen familiären Gefährdungs-

formen in Deutschland gibt es gegenwärtig kaum generalisierbare, verlässliche Untersuchungen. In der Studie von Wetzels (1997) findet sich immerhin ein Hinweis darauf, dass der Zusammenhang ähnlich ist, wie der zwischen extrafamiliärer sexueller Gewalterfahrung und anderen Missbrauchsformen. In seiner Analyse wird deutlich, dass der Zusammenhang zwischen der retrospektiv berichteten sexuellen Gewalterfahrung und körperlicher Misshandlung auch dann bestehen bleibt, wenn Fälle sexuellen Missbrauchs durch Väter oder Stiefväter aus der Analyse ausgeschlossen werden. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass der Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und körperlicher Gewalt nicht alleine durch die gleichen Täter innerhalb der Familie erklärt werden kann. Auch wenn die Datenlage für Deutschland noch dünn ist, zeigen die Studien von Wetzels (1997) und Krahe (2010) doch, dass auch hier überzufällig häufig eine Überlappung von sexuellem Missbrauch mit anderen Gefährdungsformen vorkommt. Über die Kindheit hinausgehend können besonders sexueller Missbrauch und emotionale Kindesmisshandlung als Risikofaktoren für eine spätere (erneute) sexuelle Viktimisierung gelten, wobei für die Stärke des Zusammenhangs sowohl das Geschlecht des Opfers als auch das des Täters berücksichtigt werden müssen.

Zusammenfassend zeigt sich also, dass sexueller Gewalterfahrung außerhalb und innerhalb der Familie häufig mit anderen Gefährdungsformen einhergeht. Allerdings ergeben sich je nach statistischer Vorhersagerichtung unterschiedliche Grade an Überlappung: Ist ein berichteter sexueller Missbrauch der Ausgangspunkt, so findet sich eine relativ hohe Rate an berichteten weiteren familiären Gefährdungserfahrungen. Will man hingegen vom Auftreten körperlicher Misshandlung auf das gleichzeitige oder spätere Auftreten sexueller Gewalterfahrung schließen, so ist die Überlappungsrate noch statistisch signifikant, aber deutlich geringer. Zwar sind die Opfer häuslicher, innerfamiliärer Gewalt offensichtlich generell vulnerabler, auch Opfer sexueller Gewalt zu werden – allerdings nicht immer Opfer innerfamiliärer Gewalt, sondern teilweise auch außerfamiliärer sexueller Gewalt. In der Mehrzahl der Familien, in denen Kinder körperlich oder emotional misshandelt oder vernachlässigt werden, kommt es – soweit bekannt – nicht zu sexueller Gewalt gegen Kinder.

Das Ausmaß der Überlappung verschiedener Formen der Kindeswohlgefährdung steht im Zusammenhang mit der Schwere des Missbrauchs. Je schwerer der Missbrauch, desto häufiger findet man Multi-Viktimisierung. Einfluss auf die Höhe des in der Studie gefundenen Zusammenhangs haben aber auch die Art der erfassten Gefährdung (emotional vs. körperlich, Vernachlässigung vs. Missbrauch), das Geschlecht des Opfers, die Zusammensetzung der Stichprobe (klinisch vs. allgemeine Bevölke-

rung) und die Art der Datengewinnung (Selbstbericht, Multi-Informant, unabhängige Informanten. Studien, die sich spezifisch auf sexuellen Missbrauch innerhalb der Familie beziehen, sind noch relativ selten, und teils beschränkt auf weibliche Opfer. Es fehlen, besonders auch für Deutschland, Studien, die genau und mit einheitlichen und validen Messinstrumenten erheben, unter welchen Umständen welche Form des sexuellen Missbrauchs mit anderen Gefährdungsformen gemeinsam auftritt. Ein besseres Verständnis der Dynamik der Entfaltung verschiedener Gefährdungsformen könnte dabei helfen, wirksame Interventions- und Schutzstrategien zu entwickeln.

Risikofaktoren für sexuelle Gewalt gegen Kinder

Eine Reihe an Übersichtsarbeiten zu Risikofaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit des Erlebens sexueller Gewalterfahrung im Kindesalter erhöhen, stellen besonders personale Faktoren im Kind-, Eltern-, Familien-, demografische und Wohngebietsfaktoren heraus (Black, Heyman & Smith, 2001, Kindler, Kungel & Gabler, 2010, Putnam, 2003).

Retrospektive Studien zu Risikofaktoren

Zu den am häufigsten genannten personalen Kindfaktoren gehört das Geschlecht des Kindes, wobei Mädchen häufiger betroffen sind als Jungen (Boney-McCoy & Finkelhor, 1995, Finkelhor et al., 2009, Sedlak, 1997). Odds Ratios in diesen Studien reichen von 3,0 (Boney-McCoy & Finkelhor, 1995, $N = 2.000$) bis zu 6,7 (Finkelhor et al., 2009). Nach Putnam (2003) steigt das Risiko für Mädchen früher in der Entwicklung und hält länger an. Damit übereinstimmend berichten Dong und Kollegen (Dong et al., 2003), dass das mittlere Alter des Beginn des sexuellen Missbrauchs für Mädchen bei 9,3 Jahren ($SD = 3,9$) und für Jungen bei 11,3 ($SD = 3,9$) liegt. Generell zeigen internationale retrospektive Studien, dass sich das Risiko für sexuelle Gewalt auch mit dem Alter des Kindes erhöht (Boney-McCoy & Finkelhor, 1995, Finkelhor, 1993, Sedlak, 1997). In einer aktuellen Studie von Finkelhor (Finkelhor, Turner, Ormrod & Hamby, 2009), basierend auf Daten des „National Survey of Children’s Exposure to Violence“, welches Daten von 4.549 Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 0 und 17 Jahren beinhaltet, werden bezogen auf unterschiedliche Altersgruppen die folgenden Risk Ratios für sexuelle Viktimisierung im

Vorjahr berichtet: Alter unter 5 Jahren im Vergleich zu Kindern im Alter von 14-17 Jahren: Odds Ratio (OR)=8,9, Kinder zwischen 6 und 9 Jahren im Vergleich zu Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren: OR=3,1 und Kinder im Alter von 10-13 Jahren im Vergleich zu Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren: OR=1,6.

Einen weiteren wichtigen Risikofaktor stellen Behinderungen wie beispielsweise Blindheit und Taubheit des Kindes dar, wobei Behinderungen das Risiko für Jungen anscheinend stärker erhöhen als für Mädchen (Randall et al., 2000, Sobsey et al., 1997). Auch psychische Probleme des Kindes können einen Risikofaktor darstellen. Turner und Kollegen (2010), zeigen in einer Studie mit 1.467 Kindern und Jugendlichen (und ihren Eltern) im Alter zwischen 2 und 17 Jahren, dass internalisierende Störungen (z. B. Ängste, Depression) und externalisierende Störungen (z. B. Aggressivität, Delinquenz, oppositionelles Verhalten) auch als Prädiktoren sexueller Viktimisierung betrachtet werden können. Es wurden zwei telefonische Interviews im Abstand von einem Jahr durchgeführt. Ergebnisse der Datenanalyse zeigen, dass Kinder mit mehr externalisierenden Störungen, und Jugendliche mit mehr externalisierenden und internalisierenden Störungen, unabhängig von demografischen Faktoren, ein erhöhtes Risiko hatten, in der Kindheit sexuelle Gewalt erlebt zu haben.

Nicht nur Eigenschaften des Kindes selbst, sondern auch der Eltern können das Risiko für sexuellen Missbrauch erhöhen. Dazu gehören Faktoren wie: eigene sexuelle Gewalterfahrung, Alkoholabhängigkeit und/oder der Drogenmissbrauch eines Elternteils (oder beider Elternteile), sowie psychische Probleme und Krankheiten der Eltern (Brown, Cohen, Johnson und Salzinger, 1998, Putnam, 2003). Als familiäre Risikofaktoren gelten sowohl strukturelle Faktoren, wie das Aufwachsen mit nur einem Elternteil oder in einer Stieffamilie, als auch Erziehungs- und Beziehungsfaktoren, wie eine ineffektive, nicht kindgerechte Erziehung (z. B. unangemessene Strafen und Aufsichtsvernachlässigung) sowie ernsthafte Ehekonflikte (Putnam, 2003). Oftmals scheinen zudem die Beziehungen zwischen der Familie und ihrer unmittelbaren sozialen Umwelt beeinträchtigt zu sein (z. B. soziale Isolation und wenig erfahrene soziale Unterstützung). Der sozioökonomische Status der Familie ist hingegen nicht durchgängig als Risikofaktor belegt, vielmehr zeigen sich hier Unterschiede zwischen Selbstberichten (wenig oder keine Effekte) und gemeldeten Kinderschutzfällen (mehr Fälle bei niedrigem sozioökonomischen Status) (vgl. Putnam, 2003). Für Deutschland zeigt sich in der Studie von Wetzels (1997), dass wenig positive elterliche Zuwendung und erhöhte negative elterliche Reaktionen, ebenso wie elterliche Partnergewalt als Risikofaktoren für sexuellen Kindesmissbrauch gelten können.

Prospektive Studien zu Risikofaktoren

Da retrospektive Studien nicht ausschließen können, dass der untersuchte Risikofaktor schon vor dem sexuellen Missbrauch und nicht etwa erst als Folge aufgetreten ist, sind prospektive Studien bei der Erforschung von Risikofaktoren für sexuellen Missbrauch besonders wichtig, weshalb einige der wenigen im Folgenden etwas ausführlicher behandelt werden. Brown, Cohen, Johnson und Salzinger (1998) führten eine Längsschnittstudie mit vier Messzeitpunkten innerhalb von sieben Jahren mit einer für das Gebiet repräsentativen Stichprobe von 644 Familien durch. Sexuelle Gewalterfahrung wurde anhand von behördlichen Akten und Selbstberichten der Jugendlichen im Alter von 18 Jahren erhoben. Es wurden mehrere signifikante Prädiktoren sexueller Viktimisierung in der Kindheit gefunden, die im Folgenden mit den jeweiligen Odds Ratios in Klammern aufgelistet werden: Als personale Kindfaktoren wurden Behinderung (11,79) und weibliches Geschlecht (2,44) genannt. Zu den Eltern- und Familienfaktoren gehörten Soziopathie der Mutter (6,27), negative Lebensereignisse (4,43), Anwesenheit eines Stiefvaters (3,32), Erziehen durch hartes Bestrafen (3,22), ungewollte Schwangerschaft (3,10), der Tod eines Elternteils (2,62), sowie der Status einer sehr jungen Mutter (2,26). Die Prozentzahl von sexuell missbrauchten Kindern stieg mit der Anzahl der Risikofaktoren an: von etwa 1% bei keinem Risikofaktor, über 6% bei einem, 7,5% bei zwei Risikofaktoren, 10% bei drei Risikofaktoren und 33% bei vier Risikofaktoren. Die oben genannten Risikofaktoren treten meist in Kombination auf und sind dann erst wirklich prädiktiv und sollten nur dann wirklich als Risikofaktor beurteilt werden. Man sollte unbedingt dabei berücksichtigen, dass diese nicht nur spezifisch für sexuellen Missbrauch, sondern auch für die generelle Entwicklung von Psychopathologie prädiktiv sind.

Prospektive Studien sind auch deshalb so wichtig, da sie zeigen konnten, dass früherer (sexueller) Missbrauch einen Risikofaktor für einen späteren erneuten sexuellen Missbrauch darstellt. Finkelhor, Ormrod und Turner (2007) zeigen Reviktimisierungsmuster in einer Stichprobe von 1.467 Kindern und Jugendlichen zwischen zwei und 17 Jahren im Abstand von einem Jahr. Viktimisierung wurde im Selbst- bzw. Elternbericht erhoben. Spätere sexuelle Viktimisierung wurde durch folgende Viktimisierungsarten ein Jahr vorher vorhergesagt (Odds Ratios in Klammern): Sexuelle Viktimisierung (6,9), Poly-Viktimisierung (6,8), Zeuge von Gewalt werden (6,4), Viktimisierung durch konventionelle Kriminalität (3,9), Viktimisierung durch Geschwister/Gleichaltrige (3,2) und körperlich angegriffen worden sein (1,8).

Die Ergebnisse dieser prospektiven Studien vertiefen und bestätigen die mittels retrospektiver Analysen

gewonnenen Ergebnisse. Bei schwachen bis moderaten Vorhersagestärken für die untersuchten Risikofaktoren ist davon auszugehen, dass kein einzelner Risikofaktor ausreichend prädiktiv ist, und dass sexuelle Gewalt gegen Kinder multikausal verursacht oder beeinflusst wird. Soweit uns bekannt ist, fehlen veröffentlichte prospektive Studien, die den Effekt von Risikofaktoren in der Vorhersage sexuellen Kindesmissbrauchs untersuchen, in Deutschland leider völlig. Unklar ist zudem für Deutschland, ob, wie in den internationalen Studien, auch für Charakteristiken des Kindes selbst und seiner Eltern, sowie für demografische und Umgebungsfaktoren ähnliche und ähnlich vorhersagekräftige Risikofaktoren existieren.

Risikofaktoren für innerfamiliäre sexueller Gewalt gegen Kinder

Studien, die Risikofaktoren für innerfamiliären sexuellen Missbrauch untersucht haben, sind auch international noch vergleichsweise selten. Außerdem stützen sich diese oft auf deutlich kleinere Stichproben, die zum Teil eher Fallstudien-Charakter haben und bei denen der Risikoeffekt ohne Kontrollgruppe geprüft wird. Sie sind mit vielen Studien zum sexuellen Missbrauch bei Kindern insgesamt nur bedingt vergleichbar, da sie meist nur Fälle mit einbeziehen, nachdem der Missbrauch bereits bekannt ist (vgl. auch Faust, Runyon & Kenny, 1995). Außerdem beschäftigen sich viele Studien nur mit bestimmten Täter-Opfer-Konstellationen (zum Beispiel Vater-Tochter-Missbrauch, Bruder-Schwester-Missbrauch) und es ist nicht sicher, inwiefern die Ergebnisse auf andere Formen innerfamiliären Missbrauchs übertragbar sind.

Familiäre Risikofaktoren stehen häufig im Fokus von Studien zu Risikofaktoren innerfamiliären Missbrauchs. So werden Familien, in denen es Fälle innerfamiliären Kindesmissbrauchs gab, als „schlecht funktionierend“, sozial isoliert, und entweder als besonders autokratisch und traditionell (Alexander & Lupfer, 1987), oder als besonders chaotisch (Jackson, Calhoun, Amick, Madder-*ver* & Habif, 1990, Will, 1983) beschrieben. Außerdem wird oftmals wenig Nachdruck auf Autonomie und Individuation der Familienmitglieder gelegt (Faust et al., 1995, Phillips-Green, 2002). Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass Stiefväter ein besonderes Risiko gegenüber biologischen Vätern darstellen (Gordon, 1989, Gordon & Creighton, 1988, Russell, 1984). Es sollten jedoch keine eindeutigen Schlüsse gezogen werden, da die Studien entweder nur öffentlich gemachte Fälle oder retrospektive Selbstberichte untersucht haben (vgl. Faust et al., 1995). Die Beziehung zwischen den Eltern ist oft geprägt von schwerwiegenden Problemen, einschließlich sexueller Probleme und Partnergewalt (Paveza, 1988, Saunders,

Lipovsky & Hanson, 1994). Die Mütter in diesen Familien sind oft besonders jung (Gordon & Creighton, 1988), und die Beziehung zwischen Mutter und Kind ist oftmals emotional kalt oder sehr konfliktreich (Lipovsky, Saunders & Hanson, 1992, Paveza, 1988).

Phillips-Green (2002) beschäftigt sich in ihrem Übersichtsartikel speziell mit Inzest zwischen Geschwistern. Die Familien, in denen Fälle von sexuellem Missbrauch unter Geschwistern vorkommen, werden als besonders chaotisch (Adler & Schutz, 1995, Ascherman & Safier, 1990, O'Brien, 1991, Rudd & Herzberger, 1999, Worling, 1995) und körperlich und emotional gewalttätig (O'Brien, 1991, Worling, 1995) beschrieben. Auch die Beziehung zwischen den Eltern ist häufig sehr konfliktreich (Ascherman & Safier, 1990). Weitere Charakteristika, die Familien, in denen Missbrauch zwischen Geschwistern stattfindet, gemeinsam haben, sind (1) wenig erreichbare Eltern, (2) Rollentausch (z. B. der Bruder übernimmt die Rolle des Vaters, hat besonders viel Autorität), (3) Frauen haben einen niedrigen Status innerhalb der Familie und (4) eine sexuell aufgeladene Atmosphäre (besonders freizügig [Worling, 1995], oder besonders rigide [z. B. Abrahams & Hoey, 1994]).

Paveza (1988) vergleicht 34 Familien, in denen ein Fall von Vater-Tochter-Missbrauch vorkam, mit 68 Kontrollfamilien. Daten wurden mit Hilfe von Fragebögen und Interviews von Müttern der Familien erhoben. In einer multiplen logistischen Regression, in der die dichotome Variable sexueller Missbrauch vorhergesagt werden sollte, erschienen die folgenden Variablen als signifikante Prädiktoren (Odds Ratios): (a) Wenig Nähe zwischen Mutter und Tochter (11,61), (b) Unzufriedenheit in der Ehe (7,19), (c) Ehemann gewalttätig seiner Frau gegenüber (6,51) und niedriges Einkommen (6,37).

Rudd & Herzberger (1999) vergleichen Fälle von sexuellem Missbrauch zwischen Vater-Tochter und Bruder-Schwester. Ihre Stichprobe setzt sich aus 14 vom Bruder missbrauchten und 15 vom Vater missbrauchten Frauen zusammen, die eine Selbsthilfegruppe für Inzestopfer besuchten. Inzestopfer beschrieben ihre Mütter oft als emotional abwesend (wegen Krankheit, Alkohol- oder Drogenmissbrauch oder nicht näher beschriebener widriger Lebensumstände). In allen Bruder-Schwester-Missbrauchsfällen spielte die Abwesenheit des Vaters (sei es durch Tod, Alkoholismus, psychische Krankheit, oder extremer emotionale Abwesenheit) eine Rolle (Rudd & Herzberger, 1999).

Soweit uns bekannt ist, gibt es für Deutschland keine veröffentlichten Studien zu Risikofaktoren zu sexueller Gewalterfahrung innerhalb der Familie. Ein Hinweis findet sich immerhin in der Studie von Wetzels (1997). Dort wurde eine Varianzanalyse unter Ausschluss aller Fälle intrafamiliären Missbrauchs durchgeführt. Der Autor

kommt zu dem Befund, dass Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch auf der einen Seite, und Konflikthaftigkeit des Familienklimas, positiver elterlicher Zuwendung, und negativer elterlicher Reaktionen auf der anderen Seite, auch in Fällen außerfamiliären Missbrauchs bestehen bleiben, wenn auch etwas schwächer als in den Analysen, in denen alle Fälle berücksichtigt wurden. Er schließt daraus: „[...] die festgestellten Zusammenhänge sind also nicht auf die Effekte der Fälle intrafamiliären sexuellen Missbrauchs zurückzuführen, wenngleich sie sich dort ausgeprägter zeigen“ (Wetzels, 1997, 180).

Generell sind gehäuft Fälle von sexueller Gewalt gegen Kinder feststellbar, die sich aus verschiedenen Gründen weniger gut selbst schützen können, und Eltern, die Probleme in der Beziehungsgestaltung zum Partner und zum Kind haben und durch Substanzmissbrauch und psychische Probleme deutliche Probleme der Selbststeuerung aufweisen. Die wenigen Studien zu innerfamiliärer sexueller Gewalt sind heterogen und beziehen sich auf unterschiedliche sexuelle Missbrauchsbeziehungen. Häufiger werden chaotische, dysfunktionale familiäre Beziehungen mit Rollenumkehr gegenüber Kindern und/oder deutlicher emotionaler Distanz zwischen Mutter und Kind beschrieben. Aus entwicklungspsychopathologischen Studien ist bekannt, dass eine größere Anzahl an Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit einer negativen Prognose deutlich erhöht. Diese Art der Analysen liegt in den Studien zu Risikofaktoren sexuellen Missbrauchs noch selten vor.

Vor allem für innerfamiliären Missbrauch fehlen prospektive Studien. Gerade für Deutschland fehlen außerdem Studien zu möglichen Zusammenhängen zwischen kulturellem Hintergrund und sexuellem Kindesmissbrauch. In Studien aus den USA ist Ethnizität und die Rate sexuellen Kindesmissbrauchs gekoppelt. Allerdings ist die US-amerikanische ethnische Situation nicht mit der in Deutschland vergleichbar. Ziel ausführlicherer Studien (in Deutschland) könnte eine Risikoliste für sexuellen Missbrauch sein, in der alle relevanten und bekannten Informationen gebündelt werden. In anderen Forschungsfeldern vorliegende Befunde legen nahe, dass sich das Risiko sexuellen Missbrauchs mit der Anzahl der im Einzelfall vorliegenden Risikofaktoren exponentiell erhöhen könnte, so dass es sinnvoll wäre eine solche Liste zu führen, um bei einer bestimmten Anzahl an Risikofaktoren besonders wachsam zu sein.

Befunde zu Tatverläufen, Tatdynamiken und Formen der Beendigung von sexueller Gewalt gegen Kinder

Die Vorgehensweisen der Täter, Tatverläufe und -dynamiken werden größtenteils in Form von Einzelfallanalysen berichtet. So überwiegen in der publizierten Literatur rein deskriptive Beschreibungen gegenüber empirischen Untersuchungen. Die Vorgehensweisen von Tätern werden oft auf der Grundlage von Akten, oder retrospektiven Angaben von Tätern oder Opfern beschrieben.

Internationaler Forschungsstand

Größere Aufmerksamkeit in dieser Forschung zu sexueller Gewalt gegen Kinder haben die Annäherungsstrategien der Täter gefunden. Unterschieden werden verschiedene Verhaltensstrategien, näher untersucht wurde bisher das so genannte „Grooming“. Ein Teil der Täter planen ihre Handlungen sorgfältig und suchen gezielt nach Opfern, die eher unsicher, beeinflussbar und eher bedürftig nach Anerkennung und Kontakt sind (Craven, Brown & Gilchrist, 2006, Leclerc, Proulx & Beauregard, 2009, Deegener, 1998). Eine eindeutige Definition von „Grooming“ ist schwierig, da die Verhaltensmodi sich hier je nach Täter-Opfer-Dynamik stark unterscheiden können. Fallübergreifend jedoch beschreibt Grooming einen manipulativen Prozess, dessen Intention es ist, sich den Zugang zum Kind zu sichern, das Vertrauen des Kindes und ggf. seines sozialen Umfeldes zu gewinnen und für die Geheimhaltung des Missbrauchs zu sorgen (Craven, Brown & Gilchrist, 2007).

Es handelt sich dabei um einen schrittweisen, meist schleichenden, Prozess, der Tage bis Jahre andauern kann. Das Verhalten kann sowohl bei großer physischer Nähe, aber auch aus der Ferne, beispielsweise über das Internet erfolgen. Die Täter setzen langsam intensivierende Annäherungsstrategien ein, um die Kinder oder auch deren Betreuungspersonen zu beeinflussen. Hierzu gehört a) zunächst das Vertrauen des Kindes und der Betreuungspersonen zu gewinnen, dann b) das Kind besonders zu behandeln oder zu bevorzugen, es c) von anderen Vertrauenspersonen langsam zu isolieren, d) Geheimnisse mit dem Kind aufzubauen und das Kind darauf einzuschwören und e) Missbrauchshandlungen langsam zu intensivieren.

Leclerc et al. (2009) erfassten diverse manipulative Strategien anhand einer Stichprobe von inhaftierten Tätern. Verführung, (Geld)geschenke, gemeinsames Spielen oder das Verabreichen von Drogen erwiesen sich als be-

sonders gefährlich. Hierbei handelt es sich im weiteren Sinne um Grooming-Strategien.

Paine & Hansen (2002) sehen in solchen Strategien den grundlegenden Faktor dafür, warum Missbrauchsoffer häufig ambivalente Gefühle zum Täter entwickeln können, da dieser sich durch sein zeitgleich zugewandtes und einschmeichelndes Verhalten, die Zuneigung und das Vertrauen des Kindes sichern will. Diese ambivalente Beziehung zum Täter kann beeinflussen, ob ein Missbrauch mitgeteilt wird oder nicht, und wie sehr Kinder sich schämen oder auch sich selbst die Schuld am Missbrauch geben.

Verschiedene Faktoren (Paine & Hansen, 2002) beeinflussen, wann und ob ein Kind den sexuellen Missbrauch einer anderen Person anvertraut oder nicht. Dies sind familiäre Strukturen, Angst vor der eigenen Unglaubwürdigkeit, Strategien des Täters, um die Kooperation, Folgsamkeit und das Schweigen des Kindes aufrechtzuerhalten. Entscheidend sind dadurch entstehende internale und externale Faktoren, welche beim Kind Schuld- und Verantwortungsgefühle für den Missbrauch auslösen. Zudem bestehen für Kinder mit geistiger Behinderung oder aus einer ethnischen Minorität, zusätzliche Hürden sich zu offenbaren.

Zur Beschreibung des Verlaufs sexueller Gewalt gegen Kinder führen O'Leary, Cooney und Easton (2010) beispielsweise folgende relevante Faktoren an, an welchen man verschiedene Verlaufsmuster unterscheiden könnte. Diese sind Alter bei Beginn des Missbrauchs, die Dauer des Missbrauchs, die Anwendung physischer Gewalt (Polyviktimsierung), die Art des Missbrauchs (mit oder ohne Penetration), die Anzahl der Täter, die Identität des Täters und schließlich die Art der Beendigung. In ihrer selektiven Stichprobe wurde der Missbrauch folgenden Personen mitgeteilt: 35,5% Familienmitgliedern; 31,4% professionellen Beratern; 26,7% Freunden; 12,8% Ärzten; 4,1% anderen Professionen im Gesundheitswesen. 39% haben den Missbrauch während der Kindheit nicht berichtet bzw. verschwiegen. 27% erzählten es jemandem, der es dann wiederum ohne Erlaubnis des Kindes weitererzählte. Nur 10% berichteten den Missbrauch innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr nach dem ersten Auftreten. Cyr, Wright, McDuff und Perron (2002) untersuchten den Verlauf des Missbrauchs bei 72 weiblichen Inzestopfern im Alter von fünf bis 16 Jahren in Abhängigkeit zu der genauen Identität des Täters (des biologischen Vaters, des Stiefvaters und des Bruders). Das durchschnittliche Alter, in welchem der Missbrauch begann lag bei acht Jahren und es gab hierbei keine Unterschiede für die drei Gruppen (Vater, Stiefvater, Bruder). Sowohl Missbrauch durch den Vater als auch durch den Bruder hat eine mittlere Dauer von 28 Monaten, bis dieser offenbart wird. Beim Stiefvater sind es hingegen 19 Monate.

Es konnte ein positiver Zusammenhang zwischen dem Alter des Opfers und der Missbrauchsdauer gefunden werden. Je älter das Opfer, desto länger dauert der Missbrauch. Bei 70,8% der Missbrauchsfälle durch den Bruder kam es zum Geschlechtsverkehr. Hingegen bei 34,8% der Missbrauchsfälle durch den Vater und 27,3% der Missbrauchsfälle durch den Stiefvater. Zwei Drittel der Brüder gaben den Missbrauch zu, wohingegen mehr als die Hälfte der Väter und Stiefväter es abstritten. Ein Drittel der Väter und Brüder (als Täter) waren Wiederholungstäter. Bei den Stiefvätern waren es 1/5. In drei der sieben Inzestfällen durch den Bruder war dem Missbrauch durch den Bruder Missbrauch durch den Vater vorausgegangen. Die Befunde von Cyr, Wright, McDuff und Perron (2002) belegen zudem unterschiedliche Reaktionen der Mütter auf die Offenbarung des Missbrauchs ihres Kindes in Abhängigkeit zur Identität des Täters. So glaubten 61% der Mütter, wenn der Stiefvater der Täter war, den Ausführungen des Kindes nicht. Den Kindern wurde eher geglaubt, wenn der Missbrauch vom biologischen Vater (90%) oder Bruder (86,4%) ausging.

Forschungsstand in Deutschland

Untersuchungen von Verlaufskarakteristika von sexueller Gewalt gegen Kinder sind in Deutschland wenig auf der Ebene empirischer oder generalisierbarer Studien angesiedelt. Es überwiegen Beschreibungen aus therapeutischen Kontexten und die Generierung von Mustern aus eher qualitativen Analysen. Dies ist sinnvoll und wichtig zur Hypothesengewinnung, aber kann noch nicht generalisiert werden.

Eine retrospektive Studie von Kinzl, Biebl & Hinterhuber (1991) zu weiblichen Inzestopfern (N = 33; Alter: 17–44; klinische Stichprobe) beschreibt Kennzeichen der Missbrauchsfälle. In 47% der Fälle war der biologische Vater der Täter. Der Inzest begann oft zu Zeiten familiärer Probleme. In 2/3 der Fälle wurde kein Zwang ausgeübt, aber auch keine explizite Zustimmung gegeben. Die Hälfte der Fälle dauerte mehrere Jahre an und 2/3 der im Rahmen dieser Studie berichteten Inzestfälle begannen noch vor Einsetzen der Pubertät.

Mosser (2009) setzt sich intensiv mit der Verarbeitung von sexueller Gewalt bei Jungen auseinander. Er stellt bei Jungen eine „dosierte Aufdeckung“ und die Allianzbildung des betroffenen Jungen mit dem nicht-missbrauchenden Elternteil fest, der vor allem bei jüngeren Kindern den Aufdeckungsprozess beeinflusst. Mosser (2009) unterteilt die Aufdeckungsprozesse des Missbrauchs bei Jungen in einen kontrollierend-aktiven, einen passiv-reaktiven und in einen Erschöpfungsverlauf. Die Typologie ist viel versprechend, muss aber noch in

einer größeren Stichprobe auf allgemeine Gültigkeit oder Erweiterung geprüft werden. Es gibt zu Tatverläufen und der Dynamik von Täter-Opfer-Beziehungen international betrachtet eine Reihe an Befunden, welche versuchen, typische Muster oder Prozesse zu identifizieren. Durch die große Heterogenität sowohl der Verläufe als auch der Täterstrategien ist es hier schwer, zum gegenwärtigen Zeitpunkt allgemeine Aussagen zu machen. Gerade für die Beurteilung der Täterstrategien und den Annäherungs- und Geheimhaltungsprozess bei innerfamiliärer sexueller Gewalt ist die Datenbasis an größeren publizierten Studien nicht ausreichend.

Folgen sexueller Gewalt an Kindern für die soziale, emotionale und sexuelle Entwicklung und die Entwicklung psychischer Störungen

Sexuelle Missbrauchserfahrungen in der Kindheit werden mit einer Vielzahl von negativen Konsequenzen auf die psychosoziale Entwicklung und die psychische Gesundheit in Verbindung gebracht. Die Mehrzahl der Studien ist hierbei retrospektiv und oftmals werden Studien mit überwiegend weiblichen Stichproben durchgeführt. Allerdings gibt es mittlerweile auch eine Reihe an prospektiven Längsschnittstudien oder Follow-up-Untersuchungen bei Personengruppen nach erlebtem sexuellem Missbrauch, um die bisherigen retrospektiven Ergebnisse auf ihre Gültigkeit hin zu prüfen. Bei allen Studien muss man berücksichtigen, ob retrospektive, erinnerte Schilderungen sexueller Gewalterfahrung in der Kindheit nicht eventuell durch aktuelle psychische Störungen konfundiert sind, ob Erinnerungsdefizite in Kontrollgruppen ohne sexuellen Missbrauch nicht eventuell doch die Vergleiche verfälschen, und ob sexuelle Gewalterfahrungen tatsächlich als kausale Ursache betrachtet werden können oder lediglich als assoziierte oder Proxyvariable und Effekte durch andere Faktoren verursacht werden.

Konsequenzen von sexueller Gewalt gegen Kinder

Die Auswirkungen der Erfahrung sexueller Gewalt in der Kindheit sind für Frauen wie Männer eindeutig mit späterer Psychopathologie verbunden. Dube, Anda, Whitfield, Brown, Felitti et al. (2005) zufolge ist das Risiko zur Entwicklung psychischer Probleme bei Frauen und Männern nach sexuellem Missbrauch ähnlich ausgeprägt. Diese befragten eine repräsentative Stichprobe zu Langzeiteffekten

von sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit ($N = 17.337$, Männer und Frauen). Die Befunde legen für beide Geschlechter ein um denselben Faktor erhöhtes Risiko für verschiedene psychosoziale Konsequenzen nahe. Diese sind Alkoholprobleme, Drogenmissbrauch in der Vergangenheit, Suizidversuche, Depression, Heirat eines Alkoholikers, Eheprobleme und Familienprobleme. Beide Geschlechter haben ein um das Doppelte erhöhtes Suizidrisiko bei Vorliegen von Missbrauchserfahrungen im Vergleich zu einer nicht missbrauchten Kontrollgruppe. Ein höherer Schweregrad des Missbrauchs (Penetration) führt bei beiden Geschlechtern zu einer Erhöhung der Risiken und zu einer Verstärkung der Symptomatik. In einer Metaanalyse zu den Langzeiteffekten der Erfahrung von sexuellem Missbrauch im Kindes- und im Erwachsenenalter konnten Chen, Murad, Paras, Colbenson, Sattler et al. (2010) längsschnittliche Zusammenhänge zu einer Reihe an Einschränkungen der psychischen Gesundheit feststellen.

Demnach hängt sexueller Missbrauch in der Kindheit mit einem erhöhten Risiko für Angststörungen (Odds Ratio [OR]: 2,82), Depression (OR: 2,62) und Suizidversuchen (OR: 3,85) zusammen. Für sexuelle Missbrauchserfahrungen im Erwachsenenalter sind die Effektstärken dabei jeweils um das Dreifache erhöht. Anzumerken ist, dass für Depression und Suizidalität die Befundlage zu Zusammenhängen zu Missbrauchserfahrungen in der Kindheit sehr heterogen und daher nur schwer interpretierbar ist.

Bei den *männlichen Opfern* wurde zusätzlich geprüft, ob das Tätergeschlecht Auswirkungen hatte, da 40% der befragten Männer von Frauen missbraucht worden waren. Es konnten jedoch nur wenige systematische differenzielle Effekte des Tätergeschlechts auf die psychosozialen Konsequenzen gefunden werden. Missbrauchserfahrungen in der Kindheit haben neben sozio-emotionalen Effekten ebenfalls Einfluss auf das Sexualverhalten. So gibt es Befunde, welche einen Opfer-Täter-Kreislauf der sexuellen Gewalt annehmen lassen (vgl. White, 2004, Johansson-Love & Fremouw, 2006, Schatzel-Murphy, Harris, Knight & Milburn, 2009). Senn, Carey und Venable (2008) spezifizieren in ihrer Metaanalyse Befunde zu sexuellem Risikoverhalten dahingehend, dass Personen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit öfter im sexuellen Gewerbe arbeiten, mehr Sexualpartner über die Lebensspanne haben, und der erste Geschlechtsverkehr bei ihnen früher als im Durchschnitt stattfindet. Andere Studien wie z. B. von Arriola, Loudon, Doldren, und Fortenberry (2005) finden hier allerdings nur geringe Effektstärken zwischen $r = .05$ bis $r = .13$.

Geschlechtsunterschiede hinsichtlich des Einflusses von sexuellen Missbrauchserfahrungen auf späteres viktimisierendes Handeln berichten McClellan, McCur-

ry, Ronnei, Adams, Storck und Kollegen (1997) bei einer klinischen Stichprobe (N = 499). Bei männlichen Jugendlichen ist die Schwelle, selbst zum Täter zu werden, wesentlich niedriger als bei weiblichen Jugendlichen. Weibliche Täterinnen mit Missbrauchserfahrungen haben oft neben dem sexuellen Missbrauch noch zahlreiche weitere Misshandlungserfahrungen.

All die genannten Befunde sollten nicht ungeachtet der Tatsache betrachtet werden, dass der Missbrauch von Jungen weitaus weniger häufig aufgedeckt wird und daher die Dunkelziffer der tatsächlich missbrauchten Jungen höher und somit zu deren Entwicklungswegen weniger bekannt ist (vgl. Hunter, 1990). So betonen neue Befunde auch das Reviktimisierungsrisiko bei Männern mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit (Hines, 2007). Ein Problem der Beurteilung der Wirkung sexuellen Missbrauchs ist die Unklarheit darüber, ob die Folgen spezifisch durch den sexuellen Missbrauch oder damit assoziierte Risikofaktoren wie z. B. Vernachlässigung bedingt sind oder durch deren Folgen. Eine Polyviktimsierung hat in der Regel jedoch mehr Vorhersagekraft für die Entwicklung psychischer Störungen als einzelne Missbrauchserfahrungen (Turner, Finkelhor, Omrod, 2010). So berichten Edwards und Kollegen (2003) bei einer Erwachsenen-Stichprobe (N = 8.667, HMO – Health Maintenance Organization; Adverse Childhood Experiences Study) unter Berücksichtigung verschiedener Missbrauchsformen kumulative negative Effekte auf die mentale Gesundheit. Missbrauchsformen waren sexueller, physischer und emotionaler Missbrauch sowie die Bezeugung von gegen die Mutter gerichteter Gewalt. Je mehr Missbrauchsformen gleichzeitig auftraten, desto schlechter war die psychische Gesundheit. Emotionaler Missbrauch verstärkte diese Effekte.

Allerdings sind die Effekte nicht immer linear. Molnar, Buka und Kessler (2001) legen im Rahmen einer großen nationalen retrospektiven Studie (N = 5.877) Befunde dar, die gegen kumulative Effekte sprechen. Sexuelle Gewalterfahrungen in der Kindheit führen zu höheren Prävalenzraten in verschiedenen Störungsbildern in den Bereichen affektive Störungen, Angststörungen und Suchtproblematik. Es konnte jedoch auch gezeigt werden, dass sexuelle Gewalterfahrung nicht immer zu Störungen führt. So beziffern Finkelhor und Berliner (1995) den Anteil an Personen, die trotz sexueller Missbrauchserfahrungen in der Kindheit nur wenige oder keine psychopathologischen Auffälligkeiten zeigen auf immerhin 40%. Studien zu Schutzfaktoren sind aber rar.

Fergusson, Boden und Horwood (2008) untersuchten prospektiv die Folgen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit auf die psychische Gesundheit zu drei Messzeitpunkten an einer neuseeländischen Geburtskohorte (N > 1.000). Psychische Störungen wurden im Alter von

16–18, 18–21, 21–25 Jahren erfasst. Sexueller Missbrauch im Kindesalter sagt ein erhöhtes Risiko für Depression, Angststörungen, Verhaltensstörung oder antisoziale Persönlichkeitsstörung, Drogenabhängigkeit, Suizidgedanken und Suizidversuche vorher. Je nach Störungsbild konnten teils andere, teils dieselben signifikanten Kovariaten identifiziert werden: Diese waren physischer Missbrauch, Bildungsgrad der Eltern, Lebensstandard im Alter von 0–10 Jahren, Wechsel einer Elternfigur, Bindungsstil, Drogenmissbrauch der Eltern, IQ und Geschlecht. Eine Kontrolle dieser Kovariaten senkte zwar die Höhe der Zusammenhänge, dennoch blieben sie signifikant. Es konnten keine signifikanten Interaktionen zwischen Geschlecht des Opfers und Folgen auf die psychische Gesundheit gefunden werden. Dies deutet darauf hin, dass es sowohl für weibliche als auch männliche Opfer von sexueller Gewalt ein ähnliches Risiko zur Entwicklung von psychischen Störungen gibt. Das Besondere dieser Studie ist, neben dem prospektiven Charakter und der großen, unausgelesenen Stichprobe, die Kontrolle des Effekts anderer Missbrauchsformen oder Risikofaktoren, so dass der direkte Effekt von sexuellem Missbrauch in der Kindheit an einer repräsentativen Stichprobe geprüft werden konnte.

Das Forschungsprogramm von Feiring beschäftigt sich längsschnittlich mit den Auswirkungen sexueller Gewalt in der Kindheit. In einer der ersten Studien prüfen Feiring, Taska und Lewis (1999) Alters- und Geschlechtsunterschiede in den kurzfristigen Konsequenzen von sexuellem Missbrauch. Hierzu wurden 96 Kinder im Alter von 8–11 Jahren (66 Mädchen; 30 Jungen) und 73 Jugendliche im Alter von 12–15 Jahren befragt. Die Studie fand in einer Spannweite von maximal acht Wochen nach Bekanntwerden der Missbrauchserfahrung und gezielt vor dem Einsatz von therapeutischen Maßnahmen statt. Es konnte kein Alters- oder Geschlechtseffekt im Hinblick auf Selbstbeschuldigung gefunden werden. Mädchen schämen sich aber im Vergleich zu Jungen mehr für den Missbrauch. Jugendliche mit Missbrauchserfahrung zeigen mehr depressive Symptome und einen geringeren Selbstwert als Kinder. Jugendliche berichten weniger soziale Unterstützung und mehr negative Reaktionen von ihrem Umfeld. Kinder berichten mehr sexuelle Ängste als Jugendliche.

In der prospektiven Weiterführung der Studie von Feiring, Simon und Cleland (2009) wurden längsschnittlich bei 160 sexuell missbrauchten Jugendlichen (73% Mädchen; 43% lebten mit dem Täter in einem Haushalt) Entwicklungswege von Problemen in intimen Beziehungen untersucht. Im Rahmen dieser Studie konnte gezeigt werden, dass Stigmatisierung, also Scham und Selbstbeschuldigung, zum Zeitpunkt der Aufdeckung des Missbrauchs und 1 Jahr nach dem Missbrauch, 6 Jahre später

Probleme mit Intimität, also sexuelle Probleme, Beziehungsaggression und Viktimisierung innerhalb von Beziehungen voraussagt. Das einzige Missbrauchscharakteristikum, welches einen signifikanten Einfluss auf Scham und Selbstbeschuldigung hatte, war im Rahmen dieser Studie das Vorliegen von Penetration. Dauer, Häufigkeit und die Beziehung zum Täter hatten in dem hier getesteten Modell keine statistisch signifikante Bedeutung.

In einer zeitgleichen Studie berichten Garnefski und Arends (1998) über *Geschlechtsunterschiede* in den Effekten von sexuellem Missbrauch auf das psychische Wohlbefinden. Befragt wurden 1.490 Schüler im Alter von 12–19 Jahren. Die Hälfte (N = 745) hatte sexuelle Missbrauchserfahrung, 20% davon waren Jungen. Diese Stichprobe entstammt einer Originalstichprobe aus den Niederlanden mit N = 15.294 Schülern aus verschiedenen Schulen. Sexueller Missbrauch ging mit mehr Einsamkeit, Angst, geringerem Selbstwert und negativerer Stimmung einher. Sexuell missbrauchte Jugendliche wiesen signifikant mehr Verhaltensprobleme auf (Alkoholmissbrauch, aggressives Verhalten, kriminelles Verhalten, Drogenmissbrauch und Schule schwänzen) sowie Suizidgedanken und -versuche als nicht missbrauchte Jugendliche. Dies galt jedoch im Besonderen für Jungen.

Konsequenzen von innerfamiliärer sexueller Gewalt gegen Kinder

Die Beantwortung der Frage nach den Konsequenzen innerfamiliären Missbrauchs gestaltet sich aufgrund der Forschungslage und -methodik als schwierig. Es gibt relativ wenige Studien, in denen innerfamiliärer Missbrauch bzw. Inzest klar im Fokus steht. In manchen Studien zu sexuellem Missbrauch in der Kindheit wird die Täterschaft indirekt über den Schweregrad des Missbrauchs miterfasst. Da die Schwelle zur Anzeige von innerfamiliärem Missbrauch zudem höher liegt (vgl. Cyr, Wright, McDuff & Perron, 2002), ist es schwieriger, eine wissenschaftlich ausreichende Datenbasis zu erhalten. Dennoch legen Befunde nahe, dass innerfamiliärer Missbrauch aufgrund der einhergehenden größeren Verletzung des normativ zu erwartenden Vertrauensverhältnisses schwerwiegendere Konsequenzen auf das Opfer hat als Missbrauch durch Täter außerhalb der Familie.

Die Befundlage ist nicht immer systematisch für beide Geschlechter analysiert. In einer repräsentativen nationalen Stichprobe (N = 5.877) konnten Molnar, Buka und Kessler (2001) zeigen, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit zu statistisch bedeutsam höheren Prävalenzraten von psychiatrischen Störungen führt. Im Rahmen dieser Studie berichteten 80% der Frauen und Männer mit sexuellen Gewalterfahrungen in ihrer Kindheit

mindestens eine Störung, wie Alkoholprobleme oder Depression. Allerdings wurde in dieser Studie nur für Frauen der Effekt der Identität des Täters analysiert. Sexuelle Gewalt durch Stiefeltern oder Bekannte gehen bei Kontrolle der Häufigkeit des Missbrauchs mit der erhöhten Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung einher im Vergleich zu sexuellem Missbrauch durch einen Fremden. Die Häufigkeit bzw. Dauer des Missbrauchs wurde bei dieser Analyse kontrolliert.

Eine andere Studie mit erwachsenen Männern mit Missbrauchserfahrungen (N = 67) zeigt ein ähnliches Bild. Männer, die von ihren eigenen Müttern missbraucht wurden, berichten mehr sexuelle Funktionsstörungen, Dissoziation, interpersonelle Probleme und PTBS als jene Männer, welche von nicht Familienmitgliedern missbraucht wurden (Kelly, Wood, Gonzalez, MacDonald & Waterman, 2002). Zudem ergaben sich Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht des Täters bzw. der Täterin und der sexuellen Orientierung. Männer, die durch Frauen missbraucht wurden, gaben signifikant häufiger Heterosexualität an, als Männer, welche von einem männlichen Täter missbraucht wurden.

Die Auswirkungen der Offenlegung sexuellen Missbrauchs auf die psychische Gesundheit in einer selektiven Stichprobe von 172 erwachsenen Personen (80,2% weiblich) mit sexueller Gewalterfahrung in der Kindheit (ohne reviktimisierte Personen) haben O`Leary, Coohy und Easton (2010) untersucht. Psychische Belastung wurde als Summenwert des Erlebens von Schuld, Gram, Trauer, Hilflosigkeit, Gefühllosigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Panikattacken, Ängsten, Phobien und dem Gefühl der Verletzlichkeit seit dem Missbrauch erfasst. Es wurden mehr Symptome berichtet, wenn der Täter das Kind verletzte, wenn es mehr als einen Täter gab und wenn es sich um Inzest handelte. Die Art der Offenbarung der Missbrauchserfahrung ist ebenfalls relevant. Personen, die den Missbrauch noch während er andauerte offenbarten oder deren Vertrauensperson den Missbrauch ohne Erlaubnis des Kindes anzeigte, zeigen im Erwachsenenalter mehr Symptome.

Die prospektive Längsschnittstudie über mittlerweile 23 Jahre aus der Forschungsgruppe von Putnam und Trickett mit einer Gruppe von 91 Mädchen, die alle nachgewiesen sexuelle Gewalt innerhalb der Familie erlebt haben und einer vergleichbaren Kontrollgruppe, ist eine der besten Studien zur Prüfung von Auswirkungen auf die emotionale, soziale, psychische und physische Gesundheit (vgl. Putnam & Trickett, 1993; Barnes, Noll, Putnam & Trickett, 2009, Trickett, Noll & Putnam, 2011). Mädchen mit Missbrauchserfahrungen zeigen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe in der Kindheit geringere soziale und schulische Kompetenz, mehr Schulverweige-

rung, mehr Depression, Dissoziation, sexuelles Ausagieren, Delinquenz, Unreife, Aggressivität sowie höhere Rate an Fettleibigkeit und hormonellen Störungen. Im frühen Jugendalter zeigen sich Symptome wie mehr Depression, Dissoziation, Delinquenz, Aggressivität, höhere Rate an Fettleibigkeit und hormonelle Störung, mehr Posttraumatische Belastungsstörungen, frühere Geschlechtsreife, früherer Geschlechtsverkehr. Schließlich im späten Jugendalter/ jungen Erwachsenenalter konnte bei 96% der Frauen mit Missbrauchserfahrungen dauerhafte Depression festgestellt werden. Zudem zeigen sich im Vergleich zur Kontrollgruppe Posttraumatische Belastungsstörungen, pathologische Dissoziation, mehr Verhaltensauffälligkeiten und bei 42% Fettleibigkeit. Weitere Probleme sind Schlafstörungen, Gesundheitsprobleme, ein höheres Risiko, erneut sexuelle Gewalt durch Erwachsene zu erleben (Odds Ratio: 1,99), selbstverletzendes Verhalten oder Suizidversuch (Odds Ratio: 4,0) sowie ein erhöhtes Risiko für geringere Bildung, frühe Schwangerschaft, und häufig wechselnde Beziehungen. Die Studie zeigt auch die Weitergabe des Risikos, sexuell missbraucht zu werden, über Generationen hinweg. So berichten Noll, Trickett, Harris & Putnam (2009) prospektiv die intergenerationale Transmission von Risikofaktoren bei einer Stichprobe von 60 innerfamiliär missbrauchten Frauen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Mütter von missbrauchten Frauen hatten signifikant häufiger auch selbst Missbrauchserfahrungen in ihrer Kindheit als Mütter aus der Kontrollgruppe. Es werden zwei Aspekte vermutet, welche die Dynamik der Missbrauchstransmission erklären könnten. Die Mütter der Ursprungsgeneration sind durch ihre eigene psychische Belastung (Posttraumatische Belastungsstörung, dissoziative Symptome) wenig in der Lage, die Hinweise auf Missbrauch ihrer eigenen Töchter zu bemerken, da die Emotionalität der Situation die Dissoziationssymptome auslöst. Zum anderen führt die Aufdeckung des Missbrauchs ihrer Töchter erneut dazu, dass die Mutter selbst belastet wird und keine adäquate Fürsorge mehr leisten kann. Dies könnte Tatdynamiken und eher ungünstige Konsequenzen bei den Kindern erklären (Kim, Noll, Putnam & Trickett, 2007).

Negative Einflüsse von innerfamiliärem sexuellen Missbrauch durch eine Vaterfigur (Vater, Onkel, Großvater) auf die normative Entwicklung emotionaler Kompetenzen berichten Shipman, Zeman, Penza und Champion (2000) bei einer Stichprobe von 21 missbrauchten Mädchen im Alter von 6–12 Jahren und einer gematchten Kontrollgruppe. Missbrauchte Mädchen erreichen geringere Werte in Emotionsverständnismaßen, zeigen mehr emotionale Labilität bzw. negative Emotionen und mehr emotionale Dysregulation als gleichaltrige nicht-missbrauchte Mädchen. Außerdem zeigte sich, dass missbrauchte Mädchen, vor allem vor ihrem Vater oder der

Vaterfigur mehr ihren Ärger unterdrücken. Für Trauer zeigt sich kein ähnlicher Befund. Für den Faktor Coping konnten im Rahmen dieser Studie keine Unterschiede gefunden werden. Missbrauchte Mädchen erwarten beim Emotionsausdruck von Ärger und Trauer weniger soziale Unterstützung als die nicht missbrauchte Kontrollgruppe. Cyr, Wright, McDuff und Perron (2002) vergleichen im Rahmen ihrer Studie 72 weibliche Inzestopfer im Alter von 5–16 Jahren in Abhängigkeit zu der genauen Identität des Täters. Verglichen werden hier Opfer des biologischen Vaters, des Stiefvaters und des Bruders. Bei den Analysen über die Konsequenzen wurde das Alter des Opfers kontrolliert. Mädchen, die von ihren Vätern oder Brüdern missbraucht wurden, zeigten mehr dissoziative Symptome als Mädchen, die von ihren Stiefvätern missbraucht wurden. Die Befunde sind jedoch uneinheitlich. Bal, de Bourdeaudhuij, Crombez und van Oost (2004) finden beispielsweise keine Unterschiede in klinischen Symptomen zwischen extra-familiär und intra-familiär missbrauchten Jugendlichen. Für Deutschland gibt es bisher nur eine retrospektive Studie von Kinzl, Biebl & Hinterhuber (1991) zu weiblichen Inzestopfern (N = 33; Alter: 17–44; klinisches Sample). Diese zeigten im Vergleich zu Patienten ohne Inzesterfahrung einen labileren Selbstwert und mehr autoaggressive Verhaltensweisen wie beispielsweise Essstörungen. Zudem wurde bei einem Drittel Reviktimisierung berichtet. In einer Befragung von Studentinnen (Kinzl, Schett, Wanko & Biebl, 1992) wurde als wesentliches Leitsymptom von sexuellem Missbrauch in der Kindheit ein negatives Selbstbild beschrieben, welches als Vulnerabilitätsfaktor für ein großes Störungsspektrum gilt.

In mehreren großen Studien zur sexuellen Aggression konnte Krahé (2009, 2010) zeigen, dass Missbrauchserfahrungen (sexuell, emotional und/oder körperlich) im Kindesalter neben sexuellen Verhaltensmustern und uneindeutiger Kommunikation sexueller Absichten sexuelle Aggression voraussagen. Als uneindeutige Kommunikation sexueller Absichten wurden „die Tendenz zur nicht ernstgemeinten Zurückweisung sexueller Angebote („Token resistance“) sowie die Einwilligung in sexuelle Kontakte ohne eigentliche Bereitschaft („Compliance“) erfasst“ (Krahé, 2009, 179).

Männer und Frauen, welche sexuellen Missbrauch in der Kindheit erlebten, sind signifikant früher sexuell aktiv und berichten über mehr Sexualpartner als Personen ohne Missbrauchserfahrungen. Zudem ist uneindeutige Kommunikation sexueller Absichten ebenfalls ein Risikofaktor für sexuelle Reviktimisierung. In diesem Zusammenhang spricht Krahé (2000, 2009) von sexuellen Skripts, welche handlungsleitend in sexuellen Interaktionen sind und womöglich in ersten sexuellen Erfahrungen maßgeblich geprägt werden. Demnach werden diese

Handlungsskripts bei Kindern mit sexuellen Missbrauchserfahrungen im Rahmen dieses traumatischen Erlebnisses geprägt, was in diesem Zusammenhang zu den oben angeführten maladaptiven Verhaltens- bzw. Verarbeitungsmustern führen kann.

Systematische prospektive Studien im Bereich sexueller Missbrauch von Kindern und daraus entstehende Konsequenzen speziell für den deutschen Raum sind uns jedoch nicht bekannt. Die Befundlage hinsichtlich der Auswirkungen sexueller Gewalt gegen Kinder zeigt sowohl bei retrospektiven wie auch prospektiven Studien, dass die psychische und körperliche Gesundheit, die Art der Beziehungsgestaltung und die Lebensplanung bei einer großen Anzahl an Betroffenen kurz- und langfristig deutlich negativ beeinflusst wird. Dies gilt auch für sexuelle Gewalt innerhalb der Familie, wobei hier der Forschungsstand, besonders im Bereich prospektiver Studien, geringer ist. Eine Beurteilung des Unterschieds der Konsequenzen zwischen der Erfahrung sexueller Gewalt innerhalb und außerhalb der Familie ist derzeit schwer möglich, da die Fallcharakteristika in den publizierten Studien sehr schwanken oder nicht genau differenziert oder dokumentiert werden. Die schweren negativen Konsequenzen innerfamiliärer sexueller Gewalt liegen vor allem darin begründet, dass hier die Dauer, Häufigkeit, der Grad der Invasivität der Tat und die emotionale Verwicklung mit dem Täter oder der Täterin in der Regel größer ist. Innerfamiliärer Missbrauch ist als schwere Form der sexuellen Gewalt gegen Kinder zu beurteilen. Der Schweregrad des sexuellen Missbrauchs geht in der Regel mit dem Schweregrad der negativen Konsequenzen für die Entwicklung psychischer Erkrankungen einher. Die Heterogenität der Fälle macht jedoch auch deutlich, dass man bei Interventionen jeden Einzelfall individuell beurteilen muss.

Formen der Verarbeitung sexueller Gewalt gegen Kinder – Generelle Prozesse und Unterschiede weiblicher und männlicher Opfer

Nicht alle Opfer sexueller Gewalt weisen negative Konsequenzen auf, so dass die Untersuchung von Resilienzprozessen hier eine wichtige Rolle einnehmen sollte. Die Rolle möglicher Schutzfaktoren kann auch für den Präventionsbereich wichtige Ergebnisse liefern.

Die Studien im Bereich des Umgangs oder der Bewältigung sexuellen Missbrauchs zeigen, dass *individuelle* Faktoren, wie Bewältigungsstrategien, Attributionsmus-

ter hinsichtlich der Schuld am Missbrauch, oft verbunden mit Emotionsregulation, vor allem von Scham, aber auch *soziale* Umgebungsfaktoren wie die Beziehungsqualität zu einer weiteren Bezugsperson, z. B. der eigenen Mutter, eine gute Erklärungsgrundlage für die Art und die Intensität der Folgen sexueller Gewalt gegen Kinder sind.

Sexuelle Gewalt gegen Kinder löst sowohl durch die Missbrauchserfahrung selbst als auch oft zusätzlich durch die Mitteilung oder Aufdeckung des sexuellen Missbrauchs intensive negative Emotionen aus, die ein Kind kaum selbst regulieren kann. Die damit verbundene emotionale Dysregulation stellt selbst wiederum eine Vulnerabilität mit einem erhöhten Risiko für spätere Fehlanpassung dar. Somit kommt der Bewältigung und der Emotionsregulation eine wichtige Rolle im Verarbeitungsprozess von sexuellen Gewalterfahrungen zu (vgl. Spaccarelli, 1994; Salin & Nolen-Hoeksma, 2010).

In ihrem Überblicksartikel über 19 Einzelstudien diskutieren Whiffen und MacIntosh (2005) die Rolle möglicher Mediatoren, also psychologisch wirksamer Prozesse, welche die Variabilität der feststellbaren Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und negativen Konsequenzen auf die psychische Gesundheit sowie die emotionale, soziale und sexuelle Entwicklung erklären. Sie fanden, dass vor allem Schamerleben und Selbstbeschuldigung, interpersonelle Schwierigkeiten (z. B. Beziehungsprobleme, unsichere Bindung) sowie der Gebrauch vermeidender Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Erfahrung des sexuellen Missbrauchs als vermittelnde Prozesse wirken. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten sich hierbei kaum. Ein Geschlechtsunterschied ergab sich jedoch in der Art der Beziehungsgestaltung, welche die Depressionsentwicklung bei erfolgtem sexuellem Missbrauch fördert. In der Kindheit sexuell missbrauchte Frauen, die als Erwachsene depressiv waren, hatten eher distanzierte, kontrollierende und von Misstrauen geprägte Beziehungen, während missbrauchte Männer, die depressiv waren, weniger Probleme hatten, Beziehungen einzugehen, aber dafür wenig durchsetzungsfähig waren und die Hauptverantwortung für die Beziehung zeigten. Somit lägen gleichen Auswirkungen sexueller Gewalt in der Kindheit auf spätere Depressivität geschlechtsspezifische Verarbeitungsmuster und somit Erklärungsmuster zugrunde. Dieser Befund zeigt sich in den meisten Studien ähnlich. Die Effekte sind vergleichbar, die Bewältigungsstrategien wirken unabhängig vom Geschlecht, aber die konkrete Ausprägung ist dann eher geschlechtsspezifisch.

Steel, Sanna, Hammond, Whipple und Cross (2004) haben bei N = 285 Probanden (42% davon männlich), mit zwei klinischen Gruppen und einer nicht-klinischen Gruppe, von denen 33% sexuelle Gewalt in der Kindheit erlebt hatten, die Rolle von Copingstrategien und Attri-

butionsmustern als mögliche Mediatorvariablen zwischen sexuellem Missbrauch und psychischer Anpassung untersucht. Von den im Rahmen dieser Studie erfassten Missbrauchscharakteristika konnte lediglich für die Anzahl der Täter und Dauer des Missbrauchs ein direkter Zusammenhang zum emotionalen Distress im Erwachsenenalter gefunden werden. Hierbei wirkt sich lediglich die Suche nach Unterstützung symptommildernd aus. Konfrontative Bewältigung, Übernahme der Schuld und vermeidende Bewältigung führen zu einer eher schweren Symptomatik. Himelein und McElrath (1996) untersuchten in einer Studie Resilienzfaktoren bei 180 Studentinnen (mittleres Alter: 18 Jahre) von denen 26% sexuelle Gewalt in der Familie berichteten. Sie zeigten, dass internale Kontrollüberzeugung und unrealistischer Optimismus in beiden Gruppen eine bessere psychische Anpassung vorhersagten. In einer Nachfolgeanalyse bei einer kleinen Teilstichprobe (N = 20) hatten diejenigen Frauen, die weniger Symptome berichteten, die Missbrauchserfahrung auch im Durchschnitt erst ein Jahr später (mit 10,6 Jahren) und weniger invasiv erlebt. Die Missbrauchsdauer unterschied sich nicht. Es zeigte sich, dass eine geringere Symptombelastung damit einherging, dass die Frauen mehr und klarer über ihr traumatisches Erlebnis sprechen konnten, die Auswirkungen auf ihre weitere Entwicklung aber im Gespräch darüber eher minimierten und versuchten, die Situation umzudeuten und nicht darüber zu grübeln.

Die Bewältigung, vor allem im Sinne einer Neubewertung sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit, untersuchten retrospektiv McMillen, Zuravin und Rideout (1995) bei 154 Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Diese wurden danach gefragt, ob sie irgendwelche positiven oder stärkenden Lehren aus dem Missbrauchserlebnis gezogen haben. Von den befragten Frauen berichteten 47% eine Form von positiver Konsequenz, obgleich die Mehrheit von 88% dieser Frauen die negativen Einflüsse ebenso deutlich berichtet. Frauen, die mehr positive Umdeutungen wie z.B. dass sie mehr Empathie mit anderen Menschen fühlen oder ihre Kinder besser vor solchen Eingriffen schützen können entwickelt hatten, zeigten einen höheren Selbstwert, nahmen soziale Unterstützung besser an und hatten weniger Angst vor Beziehungen. Ullman und Filipas (2005) beschreiben Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Reaktion des sozialen Umfelds auf die Mitteilung von sexuellem Missbrauch sowie Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Copingstrategien und PTBS-Symptomatik. Befragt wurden 733 Studierende (71% weiblich), 25% davon mit berichtetem Erleben sexueller Gewalt in der Kindheit. Davon hatten 66% den Missbrauch vorher offenbart. Im Vergleich zu Männern geben sich Frauen während und nach dem Missbrauch mehr die Schuld, ziehen sich von

anderen Menschen zurück, versuchen das Ereignis eher zu vergessen, offenbaren aber häufiger Erfahrungen sexueller Gewalt. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Frauen bei der Offenlegung und Mitteilung des Missbrauchs mehr positive Reaktionen aus ihrem sozialen Umfeld ziehen als Männer. Hinsichtlich negativer Reaktionen, wie Anzweifeln der Glaubwürdigkeit, findet sich jedoch kein Unterschied. Frauen, welche die Offenlegung und Mitteilung des Missbrauchs hinauszögern, haben stärkere posttraumatische Belastungsstörungen. Die Symptomstärke bei Männern wird nicht durch den Zeitpunkt der Offenlegung beeinflusst. Allerdings dauerte der Missbrauch bei Frauen im Durchschnitt länger, so dass dies eine konfundierende Variable sein kann.

Prospektive Studien, die prüfen, ob Copingstrategien, die bereits vor dem Missbrauchereignis verfügbar waren, die Auswirkungen des Missbrauchs beeinflussen, liegen bisher nicht vor. Die Bewältigung der belastenden Ereignisse oder der damit einhergehenden Emotionen ist allerdings von der Intensität her nicht unbedingt mit anderen Ereignissen vergleichbar. Dennoch können zeitgleiche Studien den Einfluss der Art der Bewältigung deutlich machen. Spaccarelli und Fuchs (1997) haben in einer Studie mit 48 sexuell missbrauchten Mädchen im Alter von 11–18 Jahren Effekte von Missbrauchscharakteristika, Unterstützung durch den nicht-missbrauchenden Elternteil (37% der Fälle waren Missbrauch durch den biologischen Vater), Bewältigungsstrategien und Attributionsmuster des Opfers auf externalisierendes und internalisierendes Verhalten untersucht. Angst ging einher mit weniger elterlicher Unterstützung, negativer kognitiver Bewertung der Missbrauchssituation und mehr vermeidenden Copingstrategien. Depression ging einher mit weniger elterlicher Unterstützung und mehr negativer Bewertung des Missbrauchereignisses. Cantón-Cortés und Cantón (2010) berichten Befunde aus einem ursprünglichen Communitysample (N = 1.416, weibliche Studenten; Alter im Mittel 19,8 Jahre). Verglichen wurden retrospektiv 138 Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit mit einer Kontrollgruppe hinsichtlich Copingstrategien und Charakteristika des Missbrauchs sowie PTBS-Symptome. Die Effekte anderer Missbrauchserfahrungen sowie von Vernachlässigung wurden statistisch kontrolliert. Die Opfer sexueller Gewalt in der Kindheit zeigen mehr Problemvermeidung, mehr Dysregulation, weniger adaptive Strategien und weniger soziale Unterstützungssuche. Die statistische Vorhersage von Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) war durch Copingstrategien, vor allem Problemvermeidung, möglich. Dysfunktionales Coping wie z. B. dauerhafte Vermeidung der Beschäftigung mit Problemen, war vor allem bei *innerfamiliärem* Missbrauch, ein besonders deutlicher Prädiktor der Sympto-

matik. Brand und Alexander (2003) haben 101 weibliche Inzestopfer (mittleres Alter 36,9 Jahre; akquiriert per Zeitungsannonce) retrospektiv befragt hinsichtlich ihrer Copingstrategien, die sie damals verwendet haben. Mehr psychische und soziale Anpassungsprobleme und Depression hingen zusammen mit passiv-vermeidender Emotionsregulation und Selbstbeschuldigung. Im Rahmen der retrospektiven Studie von Kelly und Kollegen (2002) bei erwachsenen Männern mit innerfamiliären sexuellen Missbrauchserfahrungen (N = 67) wird die Rolle der Bewertung des Missbrauchs deutlich. Männer, welche den Missbrauch anfangs nicht als solchen bewertet haben, berichten signifikant mehr PTBS-Symptome, Aggression und mehr Anpassungsprobleme, als solche, welche die Erfahrung von Beginn an als Missbrauch bewerteten.

Die Forschungsgruppe um Feiring in den USA haben in einer Längsschnittstudie prospektiv über bislang sechs Jahre nach vermittelnden psychologischen Faktoren gesucht, die Unterschiede in den Auswirkungen sexueller Gewalt in der Kindheit auf die Entwicklung von Psychopathologien erklären. Vor allem die subjektiv erlebte Stigmatisierung der Jugendlichen erklärt die Entwicklung einer Reihe an Fehlanpassungen. Unter Stigmatisierung versteht Feiring das Erleben von intensiver Scham und von Selbstvorwürfen wegen der Vorfälle. Dieses Syndrom ist zeitlich sehr stabil ist. Eine ineffektive Emotionsregulation beim Umgang mit Scham über den Missbrauch führt zu emotionaler Dysregulation und dies zu nach außen gerichtetem Ärger und Aggression gegenüber anderen Personen. Soziale Unterstützung durch eine weitere Bezugsperson und zum Teil auch durch Gleichaltrige stellte sich als längsschnittlicher Schutzfaktor hinsichtlich der Entwicklung von Depression, geringen Selbstwertgefühls und sexueller Angst heraus (Rosenthal, Feiring & Taska, 2007, Feiring et al., 2009).

Der Forschungsstand zur psychischen Verarbeitung sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit macht deutlich, dass individuelle Strategien der Emotionsregulation oder Bewältigung, die Attribution von Schuld auf sich selbst oder den Täter und das Ausmaß sozialer Unterstützung in Vertrauensbeziehungen wichtige Faktoren sind, um Unterschiede in den Auswirkungen sexueller Missbrauchserfahrungen zu erklären. Gerade bei innerfamiliärer sexueller Gewalt sind die Emotionsregulationsstrategien ganz besonders relevant. Die bisherigen Ergebnisse deuten an, dass es zwar in der Anwendung und Wirksamkeit von effektiven oder ineffektiven Emotionsregulationsprozessen und Copingstrategien keine prinzipiellen Geschlechtsunterschiede gibt. Dennoch wird deutlich, dass sich Mädchen und Jungen in der Nutzung solcher Strategien unterscheiden, dass die soziale Reaktion des Umfelds auf die Offenlegung solcher Missbrauchserleb-

nisse sich unterscheidet und die subjektive Bewertung, Opfer zu sein oder subjektiv „mitschuldig“ zu sein, sich auch unterscheidet. Die empirische Befundlage zu Reaktionen bei Jungen ist jedoch noch vergleichsweise gering, vor allem prospektiv. Die deutsche Forschungslage ist auch in diesem Bereich noch im Bereich qualitativer Studien, allerdings mit fundierten Ansätzen gerade bei Forschung zu Jungen.

Bei Frauen wie bei Männern zeigen die internationalen Studien, dass die Art der Bewältigungsstrategien, die Art der Emotionsregulation von Scham und Ärger und die Art der Schuldzuweisung vermittelnde oder moderierende relevante Faktoren sind, welche das Ausmaß der negativen Konsequenzen sexueller Gewalt in der Kindheit beeinflussen. Allerdings unterscheiden sich beide Geschlechter offenbar darin, wie dann die konkrete Reaktion im Verhalten oder in der Beziehungsgestaltung tatsächlich aussieht, wie das Kind selbst und die Menschen in seiner Umgebung auf die Offenlegung von Missbrauch reagieren, und ob Missbrauch tatsächlich überhaupt mitgeteilt oder zugegeben wird. Dies macht es sinnvoll, Beratung bei sexuellem Missbrauch für Kinder geschlechtsspezifisch zu organisieren. Dennoch ist die Befundlage in diesem Bereich international und national bislang kaum ausreichend, um diese Prozesse hinreichend genau zu verstehen und für die Beratung zu nutzen. Forschungsbedarf besteht in Deutschland deshalb auch hinsichtlich der Prozesse der Schuld attribution und der Emotionsregulation von Scham und Ärger bei den Opfern sexueller Gewalt in der Kindheit, da es hier nur internationale Studien gibt. Dies gilt insbesondere für den Bereich des innerfamiliären Missbrauchs und hier vor allem für den Missbrauch an Jungen, über den es bislang kaum verlässliche generalisierbare Erkenntnisse gibt. Internationale Forschungsbefunde bestätigen, dass bei den meisten betroffenen Personen sexueller Gewalt in der Kindheit langfristige negative Auswirkungen auf die weitere psychische (z. B. Depression, Posttraumatische Belastungsstörung) und körperliche Entwicklung (z. B. Adipositas, hormonelle Dysfunktion), sowie auf die Art der Lebensführung (z. B. Bildungslaufbahn, Beziehungsgestaltung, frühe Schwangerschaft) hat. In Deutschland bestehen hier große Forschungslücken, so dass man weder mit Sicherheit sagen kann, inwieweit unter den Bedingungen des deutschen Jugendhilfe- und Gesundheitssystems vergleichbare langfristige Entwicklungsschädigungen aus vergleichbaren Gründen entstehen. Somit sind viele Bereiche, in denen Intervention oder Prävention durchgeführt werden, entweder auf subjektiven Theorien aufgebaut oder auf empirischen Befunden, die für Deutschland erst noch geprüft werden müssen.

Ausblick

Nachdem das Bundesministerium für Bildung und Forschung in Übereinstimmung mit Empfehlungen der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung sexuellen Missbrauchs entschieden hat, in den nächsten Jahren Forschung zu sexuellem Missbrauch in Deutschland gezielt zu fördern, ist eine Diskussion über vorrangige Forschungsziele sinnvoll.

Auf der Grundlage der dargestellten Analyse des Forschungsstandes werden für den Bereich der Grundlagenforschung mindestens drei Forschungsschwerpunkte vorgeschlagen:

- ◆ Regelmäßige Dunkelfelderhebungen mit dem Ziel eines Monitorings der Prävalenz von sexuellem Missbrauch und anderen Gefährdungsformen (Misshandlung, Vernachlässigung), wobei besondere Aufmerksamkeit auf den Einbezug besonderer Risikogruppen (z.B. behinderte Kinder) gelegt werden sollte und nicht nur rückblickende Befragungen Erwachsener erfolgen sollten, sondern auch mit Sentinel-Methoden experimentiert werden sollte
- ◆ Risikolängsschnittforschung mit einem Schwerpunkt auf dynamische Risiko- und Schutzprozesse und einer Integration verschiedener Erhebungsebenen von biologischen bis hin zu sozialen Aspekten, um als Grundlage für Präventionsanstrengungen ein vertieftes Verständnis davon zu entwickeln, welche Faktoren unter den Bedingungen der Gesellschaft in Deutschland dazu beitragen, dass Kinder einmalig oder mehrmalig sexuellen Missbrauch und/oder andere Gefährdungsformen erfahren.
- ◆ Bewältigungsforschung, die beginnend mit dem Offenlegen von Missbrauchserfahrungen untersucht, welche personalen, sozialen und institutionellen Prozesse sich isoliert oder in Interaktion günstig bzw. ungünstig auf gelingende psychologische Verarbeitung oder Bewältigung von sexuellen Viktimisierungserfahrungen auswirken.

Literatur

Abrahams, J., Hoey, H., 1994. Sibling incest in a clergy family: A case study. *Child Abuse & Neglect*, 18, 1029–1035.

Adler, N. & Schutz, J., 1995. Sibling incest offenders. *Child Abuse & Neglect*, 19, 811–819.

Alexander, P., Lupfer, S., 1987. Family characteristics and long-term consequences associated with sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 235–245.

Arriola, K.R.J., Loudon, T., Doldren, M.A., Fortenberry R.M., 2005. A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. *Child Abuse & Neglect*, 29, 725–746.

Ascherman, L.L., Safier, E.J., 1990. Sibling incest: A consequence of the individual and family dysfunction. *Bulletin of the Menniger Clinic*, 54, 311–322.

Bagley, C., Wood, M., Young, L., 1994. Victim to abuser: Mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse & Neglect*, 18, 683–697.

Bal, S., De Bourdeaudhuij, I., Crombez, G., Van Oost, P., 2004. Differences in trauma symptoms and family functioning in intra- and extrafamilial sexually abused adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 108–123.

Bange, D., 1992. Die dunkle Seite der Kindheit. Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen. Köln, Volksblatt.

Bange, D., 2002. Definitionen und Begriffe. In D. Bange, D.W. Körner (Hrsg.), *Handwörterbuch Sexueller Missbrauch* Göttingen, Hogrefe, 47–52.

Bange, D., Deegener, G., 1996. Sexueller Missbrauch an Kindern. Ausmaß, Hintergründe, Folgen. Weinheim, Beltz Psychologie Verlags Union.

Barnes J.E., Noll J.G., Putnam F.W., Trickett, P.K., 2009. Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 33, 412–20.

Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., et al., 1994. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1132–1136.

Bieneck, S., Stadler, L., Pfeiffer, C., 2011. Erster Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

Black, D. A., Heyman, R. E., Smith, S. A. M., 2001. Risk factors for child sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 203–229.

Boney-McCoy, S., Finkelhor, D., 1995. Prior victimization: A risk factor for child sexual abuse and for PTSD-related symptomatology among sexually abused youth. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1401–1421.

Brand, B. L., Alexander, P. C., 2003. Coping with incest: The relationship between recollections of childhood coping and adult functioning in female survivors of incest. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 285–293.

Brown, J., Cohen, P., Johnson, J.G., Salzinger, S., 1998. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22, 1065–1078.

Bryant, S. L., Range, L. M., 1995a. Suicidality in college women who report multiple versus single types of maltreatment by parents: a brief report. *Journal of Child Sexual Abuse*, 4, 87ff.

Bryant, S.L., Range, L.M., 1995b. Suicidality in college women who were sexually and physically abused and physically punished by parents. *Violence Victims*, 10, 195–201.

Cantón-Cortés, D., Cantón, J., 2010. Coping with child sexual abuse among college students and post-traumatic stress disorder: The role of continuity of abuse and relationship with the perpetrator. *Child Abuse & Neglect*, 34, 496–506.

- Chen, L.P., Murad, M.H., Paras, M.L., Colbenson, K.M., Sattler, A.L. et al., 2010. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85, 618–629.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A., Gunnar, M.R., Toth, S.L., 2010. The differential impacts of early physical and sexual abuse and internalizing problems on daytime cortisol rhythm in school-aged children. *Child Development*, 81, 252–269.
- Craven, S., Brown, S., Gilchrist, E., 2006. Sexual grooming of children: review of literature and theoretical considerations. *Journal of Sexual Aggression*, 12, 287–99.
- Craven, S., Brown, S., Gilchrist, E., 2007. Current responses to sexual grooming: Implications for prevention. *The Howard Journal*, 46, 60–71.
- Cyr, M., Wright, J., McDuff, P., Perron, A., 2002. Intrafamilial sexual abuse: Brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdaughter incest. *Child Abuse & Neglect*, 26, 957–973.
- Deegener G., 1995. *Sexueller Missbrauch: Die Täter*. Weinheim, Beltz
- Dong, M., Anda, R.F., Dube, S.R., Giles, W.H., Felitti, V.J., 2003. The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse & Neglect*, 27, 625–639.
- Dong, M., Anda, R.F., Felitti, V.J., Dube, S.R., Williamson, D.F. et al., 2004. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28, 771–784.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Whitfield, L., Brown, D.W., Felitti, V.J. et al., 2005. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 430–438.
- Edwards, V.J., Holden, G.W., Felitti, V.J., Anda, R.F., 2003. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1453–1460.
- Engels, M., Moisan, D., Harris, R., 1994. MMPI indices of childhood trauma among 110 female outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 63, 135–147.
- Faust, J., Runyon, M.K., Kenny, M.C., 1995. Family variables associated with the onset and impact of intrafamilial childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 15, 443–456.
- Feiring, C., Simon, V.A., Cleland, C.M., 2009. Childhood sexual abuse, stigmatization, internalizing symptoms, and the development of sexual difficulties and dating aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 127–137.
- Feiring, C., Taska, L., Lewis, M., 1999. Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23, 115–128.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M., Horwood, L.J., 2008. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect* 32, 607–619.
- Finkelhor, D., 1993. Epidemiological factors on the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 17, 67ff.
- Finkelhor, D., 1994. International epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18, 409–417.
- Finkelhor, D., Berliner, L., 1995. Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1408–1423.
- Finkelhor, D., Ormrod, R.K., Turner, H.A., 2007. Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7–26.
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., Hamby, S.L., 2009. Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, 124, 1411–1423.
- Garnefski, N., Arends, E., 1998. Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 21, 99–107.
- Gilbert R., Widom C., Browne K., Fergusson D., Webb E., Janson S., 2009. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68–81.
- Goodman, G.S., Ghatti, S., Quas, J.A., Edelstein, R.S., Weede Alexander, K. et al., 2003. A prospective study of memory for child sexual abuse: New findings relevant to the repressed-memory controversy. *Psychological Science*, 14, 113–118.
- Gordon, M., 1989. The family environment of sexual abuse: A comparison of natal and stepfather abuse. *Child Abuse & Neglect*, 3, 121–130.
- Gordon, M., Creighton, S., 1988. Natal and nonnatal fathers as sexual abusers in the United Kingdom: A comparative analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 99–105.
- Hahm, H.C., Lee, Y., Ozonoff, A., Van Wert, M.J., 2010. The impact of multiple types of child maltreatment and subsequent risk behaviors among women during the transition from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 528–540.
- Harter, S.L., Taylor, T.L., 2000. Parental alcoholism, child abuse, and adult adjustment. *Journal of Substance Abuse*, 11, 31–44.
- Heyden, S., Jarosch, K., 2010. *Missbrauchstäter: Phänomenologie-Psychodynamik-Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Higgins, D.J., McCabe, M.P., 2001. Multiple forms of child abuse and neglect: Adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 547–578.
- Himelein, M.J., McElrath, J.A.V., 1996. Resilient child sexual abuse survivors: Cognitive coping and illusion. *Child Abuse & Neglect*, 20, 747–758.
- Hines, D.A., 2007. Predictors of sexual coercion against women and men: A multilevel, multinational study of university students. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 403–422.
- Hunter, M., 1990. *Abused boys: The neglected victims*. New York, Lexington Books.
- Jackson, J., Calhoun, K., Amick, A., Maddever, H., Habif V., 1990. Young adult women who report childhood intrafamilial sexual abuse: Subsequent adjustment. *Archives of Sexual Behavior*, 9, 211–221.
- Janus, M.D., McCormack, A., Burgess, A.W., Hartmann, C., 1987. *Adolescent runaways: Causes and consequences*. Lexington, Lexington Books.
- Johansson-Love, J., Fremouw, W., 2006. A critique of the female sexual perpetrator research. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 12–26.
- Jonson-Reid M., Drake B., Chung S., Way I., 2003. Cross-type recidivism among child mal-treatment victims and perpetrators. *Child Abuse & Neglect*, 27, 899–917.
- Kamsner, S., McCabe, M.P., 2000. The relationship between adult psychological adjustment and childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and family of origin characteristics.

- Journal of Interpersonal Violence, 15, 1243–1261.
- Kelly, R.J., Wood, J.J., Gonzalez, L.S., MacDonald, V., Waterman J., 2002. Effects of mother-son incest and positive perceptions of sexual abuse experiences on the psychosocial adjustment of clinic-referred men. *Child Abuse & Neglect*, 26, 425–441.
- Kim, K., Noll, J.G., Putnam, F.W., Trickett, P.K., 2007. Psychosocial characteristics of non-offending mothers of sexually abused girls: Findings from a prospective, multigenerational study. *Child Maltreatment*, 12, 338–351.
- Kindler H., Kungl M., Gabler S., 2010. Risk factors for child sexual abuse. Report to the EU Commission Project “Feasibility study to assess the possibilities, opportunities and needs to standardize national legislation on gender violence and violence against children”. München, Deutsches Jugendinstitut.
- Kinzl, J., Biebl, W., Hinterhuber, H., 1991. Die Bedeutung von Inzesterlebnissen für die Entstehung psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 62, 565–569.
- Kinzl, J., Schett, P., Wanko, K., Biebl, W., 1992. Langzeitfolgen sexueller Missbrauchserfahrungen bei einer nichtklinischen Gruppe. *Psychologie in der Medizin*, 3, 13–17.
- Köhnken, G., 2003. Sexueller Missbrauch. In: R. Lemp, G. Schütze, G. Köhnken (Hrsg.), *Forensische Psychologie und Psychologie des Kindes und Jugendalters: 2. Auflage*, 332–338. Darmstadt, Steinkopff Verlag.
- Krahé, B., 2000. Childhood sexual abuse and revictimization in adolescence and adulthood. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 5, 149–165.
- Krahé, B., 2009. Sexuelle Aggression und Opfererfahrung unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Prävalenz und Prädiktoren. *Psychologische Rundschau*, 60, 173–183.
- Krahé, B., 2010. Zum Zusammenhang kindlicher Missbrauchserfahrungen mit sexueller Aggression und Viktimisierung im Jugend und jungen Erwachsenenalter. In: P. Briken, A. Spehr, G. Romer, W. Berner (Hrsg.), *Sexuell grenzverletzende Kinder und Jugendliche*, Lengerich, Pabst Science Publishers, 46–57.
- Krahé, B., Scheinberger-Olwig, R., 2002. Sexuelle Aggression. Göttingen, Hogrefe.
- Lampe, A., 2002. Prävalenz von sexuellem Missbrauch, physischer Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung in Europa. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48, 370–380.
- Lange, C., 2000. Sexuelle Belästigung und Gewalt. Ergebnisse einer Studie zur Jugendsexualität. In: Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung Hamburg (Hrsg.), *Weiblichkeit und Sexualität. Beiträge aus den Vortragsreihen des Modellprojekts Berufsbegleitende Sexualpädagogische Fortbildung*, 17–27. Hamburg.
- Leclerc, B., Proulx, J., Lussier, P., Allaire, J.-F., 2009. Offender-victim interaction and crime event outcomes: Modus operandi and victim effects on the risk of intrusive sexual offenses against children. *Criminology*, 47, 595–618.
- Lipovsky, J., Saunders, B., Hanson, R., 1992. Parent-child relationships of victims and siblings in incest families. *Journal of Child Sexual Abuse*, 4, 35–49.
- Mancini, C., van Ameringen, M., MacMillan, H., 1995. Relationship of childhood sexual and physical abuse to anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 309–314.
- Manly, J.T., Kim, J.E., Rogosch, F.A., Cicchetti, D., 2001. Dimensions of child maltreatment and children’s adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13, 759–782.
- McClellan, J., McCurry, C., Ronnei, M., Adams, J., Storck, M., Eisner, A., Smith, C., 1997. Relationship between sexual abuse, gender, and sexually inappropriate behaviors in seriously mentally ill youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 959–965.
- McMillen, C., Zuravin, S., Rideout, G., 1995. Perceived benefit from child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 1037–1043.
- Molnar, B.E., Buka, S.L., Kessler, R.C., 2001. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91, 753–760.
- Mosser, P., 2009. Wege aus dem Dunkelfeld. Aufdeckung und Hilfesuche bei Sexuellem Missbrauch an Jungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.
- Mullen, P.E., Martin, J.L., Anderson, J.C., Romans, S.E., Herbison, G.P., 1994. The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 165, 35–47.
- Münder, J., Mutke, B., Schone, R., 2000. Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz: Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Münster, Votum.
- Murray, J., Farrington, D.P., Eisner, M.P., 2009. Drawing conclusions about causes from systematic reviews of risk factors. *Journal of Experimental Criminology*, 5, 1–23.
- Nash, M.R., Hulsey, T.L., Sexton, M.C., Harralson, T.L., Lambert, W., 1993. Long-term sequelae of childhood sexual abuse: Perceived family environment, psychopathology, and dissociation. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, 276–283.
- Noll, J.G., Trickett, Harris, Putnam, 2009. The cumulative burden borne by offspring whose mothers were sexually abused as children. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 424–449.
- Nooner, K.B., Litrownik, A.J., Thompson, R., Margolis, B., English, D.J., et al., 2010. Youth self-report of physical and sexual abuse: A latent class analysis. *Child Abuse & Neglect*, 34, 146–154.
- O’Brien, M.J., 1991. Taking sibling incest seriously. In M.Q. Patton (Ed.), *Family sexual abuse: Frontline research and evaluation*, Newbury Park, CA, Sage, 75–92.
- O’Leary, P., Coohy, C., Easton, S.D., 2010. The effect of severe child sexual abuse and disclosure on mental health during adulthood. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19, 275–289.
- Paine, M.L., Hansen, D.J., 2002. Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 22, 271ff.
- Paveza, G., 1988. Risk factors in father-daughter child sexual abuse: A case-control study. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 290–306.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., Gómez-Benito J., 2009. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor, D., 1994. *Child Abuse & Neglect*, 33, 331–342.
- Phillips-Green, M.J., 2002. Sibling incest. *The Family Journal*, 10, 195–202.
- Putnam, F.W., 2003. Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 269–278.
- Putnam, F.W., Trickett P., 1993. Child sexual abuse: a model of

- chronic trauma. *Psychiatry* 56, 82–95.
- Randall, W., Parrila, R., Sobsey, D., 2000. Gender, disability status and risk for sexual abuse in children. *Journal of Developmental Disabilities*, 7, 1–15.
- Raupp, U., Eggers, C., 1993. Sexueller Missbrauch von Kindern: Eine regionale Studie über Prävalenz und Charakteristik. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 141, 316–322.
- Richter-Appelt, H., 1995. Sexuelle Traumatisierungen und körperliche Misshandlungen in der Kindheit. Geschlechtsspezifische Aspekte. In: S. Düring, M. Hauch (Hrsg.), *Heterosexuelle Verhältnisse*, Stuttgart, Enke, 57–76.
- Rosenthal, S., Feiring, C., Taska, L., 2003. Emotional support and adjustment over a year's time following sexual abuse discovery. *Child Abuse & Neglect*, 27, 641–661.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Mandel, F.S., 1997. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539–555.
- Rudd, J.M., Herzberger, S.D., 1999. Brother-sister incest father-daughter incest: A comparison of characteristics and consequences. *Child Abuse & Neglect*, 23, 915–928.
- Russell, D., 1984. *The secret trauma: incest in the lives of girls and women*. New York, Basic Books.
- Rutter M., Pickles A., Murray R., Eaves L., 2001. Testing hypotheses on specific environmental causal effects on behaviour. *Psychological Bulletin*, 127, 291–324.
- Saewyc E.M., Pettingell S.L., Magee L.L., 2003. The prevalence of sexual abuse among adolescents in school. *Journal of School Nursing*, 19, 266–272.
- Saunders, B.E., Lipovsky, J.A., Hanson, R.F., 1994. Couple and familial characteristics of father-child incest families. Unpublished manuscript, Medical University of South Carolina, Charleston, SC.
- Schatzel-Murphy, E.A., Harris, D.A., Knight, R.A., Milburn, M.A., 2009. Sexual coercion in men and women: Similar behaviors, different predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 974–986.
- Schötensack, K., Elliger, T., Gross, A., Nissen, G., 1992. Prevalence of sexual abuse of children in Germany. *Acta Paedopsychiatrica*, 55, 211–216.
- Sedlak, A.J., 1997. Risk factors for the occurrence of child abuse and neglect. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1, 149–187.
- Senn, T.E., Carey, M.P., Vanable P.A., 2008. Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: Evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clinical Psychology Review* 28, 711–735.
- Shipman, K., Zeman, J., Penza, S., Champion, K., 2000. Emotion management skills in sexually maltreated and nonmaltreated girls: A developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 12, 47–62.
- Sobsey, D., Randall, W., Parrila R.K., 1997. Gender differences in abused children with and without disabilities. *Child Abuse & Neglect*, 21, 707–720.
- Spaccarelli, S., Fuchs, C., 1997. Variability in symptom expression among sexually abused girls: Developing multivariate models. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 24–35.
- Spaccarelli, S., 1994. Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116, 340–362.
- Statistisches Bundesamt 2009. *Lange Reihen zur Strafverfolgungstatistik*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J., Cross, H., 2004. Psychological sequelae of childhood sexual abuse: abuse related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse & Neglect*, 28, 785–801.
- Trickett, P.K., Noll, J.G., Putnam, F.W., 2011. The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development & Psychopathology*, 23, 453–476.
- Turner, H.A., Finkelhor, D., Ormrod, R., 2010. Child mental health problems as risk factors for victimization. *Child Maltreatment*, 15, 132–143.
- Ullman, S.E., Filipas, H.H., 2005. Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29, 767–782.
- Weckerle, C.E., Leung, A.M., Wall, H., MacMillian, H., Boyle, M., Trocme, N., Waechter, R., 2009. The contribution of childhood emotional abuse to teen dating violence among child protective service-involved youth. *Child Abuse & Neglect*, 33, 45–58.
- Wetzels, P., 1997. *Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristigen Konsequenzen. „Interdisziplinäre Beiträge zur Kriminologischen Forschung“* Bd. 8, Baden Baden, NOMOS Verlag.
- Whiffen, V.E., MacIntosh, H.B., 2005. Mediators of the link between childhood, sexual abuse and emotional distress. *Trauma, Violence & Abuse*, 6, 24–39.
- White, J.W., 2004. Sexual assault perpetration and re-perpetration: From adolescence to young adulthood. *Criminal Justice and Behavior*, 31, 182–202.
- Williams, L.M., 1994. Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167–1176.
- Widom, C.S., Morris, S., 1997. Accuracy of adult recollections of childhood victimization, Part 2: Childhood sexual abuse. *Psychological Assessment*, 9, 34–46.
- Worling, J.R., 1995. Adolescent sibling-incest offenders: Differences in family and individual functioning when compared to adolescent non-sibling offenders. *Child Abuse & Neglect*, 19, 633–643.

Adresse der AutorInnen

Prof. Dr. Peter Zimmermann, Dipl.-Psych. Anna Neumann, Dipl.-Psych. Fatma Çelik, Bergische Universität Wuppertal, Gaußstr. 20, 42119 Wuppertal, e-mail: pzimmermann@uni-wuppertal.de
 Dr. Dipl.-Psych. Heinz Kindler, Deutsches Jugendinstitut, Nockherstr. 2, 81541 München

Sexueller Kindesmissbrauch – nicht nur Problem kirchlicher und kommunaler Einrichtungen, sondern malignes Phänomen der gesamten Gesellschaft*

Christoph Joseph Ahlers, Gerard Alfons Schaefer

The sexual abuse of children – not just a problem for church and communal institutions, but rather a negative phenomenon of society in general

Abstract

Both in the media and public opinion, as well as in the expert discourse on the sexual abuse of children inadequate distinctions are frequently made between the various phenomena and concepts. The inexact and even wrong use of concepts hinders the necessary certainty of sexual diagnosis in clinical practice, which in turn can hinder and endanger the choice of appropriate treatment. This article, written from a clinical-sexual psychological perspective, focusses on the distinction between sexual experiencing, on the one hand, and sexual behavior, on the other, and thus emphasizes the necessity of differentiating between pedophilia and the sexual abuse of children. In the last section the authors introduce the approach to preventive therapy for potential abusers, the „Präventionsprojekt Dunkelfeld“, which is being practiced at the Berlin Charité.

Keywords: child sexual abuse, sexual preference, pedophilia, pedosexuality, dissexuality, preference abuser, compensatory abuser, therapeutic prevention

Zusammenfassung

Sowohl in der medialen Berichterstattung und der gesellschaftlichen Diskussion, als auch in der fachwissenschaftlichen Literatur über sexuellen Kindesmissbrauch wird häufig nicht zutreffend zwischen den unterschiedlichen Phänomenen und Begriffen differenziert. Eine ungenaue und teilweise falsche Verwendung von Begriffen erschwert in der klinischen Praxis die notwendige Eindeutigkeit der sexualdiagnostischen Zuordnung, was wiederum die Wahl geeigneter Behandlungsansätze, etwa bei potenziellen Tätern, erschweren bzw. gefährden kann. Der vorliegende Beitrag fokussiert aus klinisch-sexualpsychologischer Perspektive

* Der Text wurde leicht modifiziert bereits unter dem Titel: „Pädophilie, Pädosexualität und sexueller Kindesmissbrauch: Über die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung“ im Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, BzgA-Forum 3-2010, 45–50 publiziert.

auf die Unterscheidung zwischen sexuellem Erleben auf der einen und dem sexuellem Verhalten auf der anderen Seite und betont so die Notwendigkeit, vor diesem Hintergrund zwischen Pädophilie und sexuellem Kindesmissbrauch zu unterscheiden. Im letzten Absatz stellen die Autoren den Ansatz therapeutischer Prävention für potenzielle Täter vor, wie er im „Präventionsprojekt Dunkelfeld“ der Berliner Charité verfolgt wird.

Keywords: sexueller Kindesmissbrauch, Sexualpräferenz, Pädophilie, Pädosexualität, Dissexualität, Präferenztäter, Ersatzhandlungstäter, therapeutische Prävention

Sexualpräferenz

In der sexualwissenschaftlichen Fachsprache wird die Bezeichnung „Sexualpräferenz“ als Überbegriff für alle Aspekte der sexuellen Ansprechbarkeit eines Menschen verwendet. Obwohl der Begriff auch im „Internationalen Klassifikationssystem für psychische und Verhaltensstörungen“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dem ICD-10 (WHO nach Dilling et al., 2008), verwendet wird, ist bis dato wenig einheitlich definiert, was genau bzw. konkret unter Sexualpräferenz verstanden werden soll. Um diesbezüglich eine differenzierte Analyse und Beschreibung zu ermöglichen, wurde das „Drei-Achsen-Modell der Sexualpräferenz“ entwickelt (Ahlers et al., 2004, Ahlers, 2010). Es versteht sich als Vorschlag und Orientierungshilfe zur Vereinheitlichung dessen, was konkret unter Sexualpräferenz verstanden werden kann.

Nach dem Modell (vgl. Abb. 1) lässt sich die Sexualpräferenz einer Person durch deren individuelle Ausprägung auf drei Achsen beschreiben: 1) der *sexuellen Orientierung* auf das männliche und/oder weibliche Geschlecht, 2) der *sexuellen Ausrichtung* auf einen präferierten körperlichen Entwicklungsstatus (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) und 3) der *sexuellen Neigung* zu einem präferierten (Phäno-)Typus eines Sexualpartners und einer bestimmten Art und Weise (Modus) der sexuellen Betätigung (Ahlers et al., 2004, Ahlers, 2010). Nach der Grundannahme dieses Modells verfügt jeder Mensch über eine individuelle Ausprägungskonstellati-

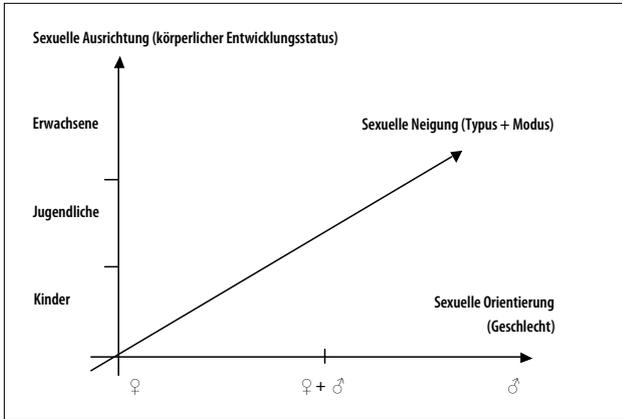


Abb. 1 Grafische Veranschaulichung des Drei-Achsen-Modells der Sexualpräferenz nach Ahlers et al., 2004, Ahlers, 2010

on auf diesen drei Achsen der Sexualpräferenz, die sich als Bestandteil der Persönlichkeit in einem bio-psycho-sozialen Entstehungsprozess im Verlauf der physischen und psychischen Entwicklung (Körperwachstum und Persönlichkeitsbildung) bis zum Ende der zweiten Lebensdekade konfiguriert. Die Sexualpräferenz ist demnach keine Wahlentscheidung, die bewusst getroffen wird (vgl. Beier et al., 2005), sondern vielmehr Resultat individueller (ontogenetischer) Entwicklung, für die eine Person genau so wenig zur Verantwortung bzw. zur Rechenschaft gezogen werden kann, wie beispielsweise für ihre Intelligenz. Deswegen kann die sexuelle Präferenz niemandem zum Vorwurf gemacht werden, sondern ausschließlich sexuelle Verhaltensweisen, welche die (sexuelle) Selbstbestimmung anderer Personen missachten bzw. beeinträchtigen (vgl. Ahlers et al., 2005).

Das Spektrum sexueller Reizmuster erstreckt sich über verschiedenste Variationsmöglichkeiten auf allen drei Achsen der Sexualpräferenz. Es reicht von Vorlieben, die bei der Mehrheit aller Menschen verbreitet sind, wie zum Beispiel manuell- und oral-genitale Stimulation und Geschlechtsverkehr mit gegengeschlechtlichen, erwachsenen Sexualpartnern, über gleichgeschlechtliche sexuelle Interaktionen bis hin zu selteneren und damit von der Mehrheit abweichenden sexuellen Bedürfnissen, wie beispielsweise der sexuellen Ansprechbarkeit durch vorpubertäre Kinderkörper. Die Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen der empirischen Sexualforschung legen nahe, dass manche, angeblich seltenen sexuellen Vorlieben in der Allgemeinbevölkerung häufiger vorkommen als bisher angenommen wurde (Langström et al., 2005, 2006, Ahlers, 2010, Ahlers et al., 2011). Bei aller zeitlichen und kulturellen Variabilität sexueller Normen und Gebräuche gibt es ein Repertoire sexueller Vorlieben, Betätigungen, Praktiken sowie Partnerwahlen, das von der Bevölkerungsmehrheit gleichwohl als abweichend erlebt wird und von den Anfängen der Sexualwissenschaft am

Ende des 19. Jahrhunderts bis heute im Fokus der Sexualforschung stand und steht. Dies sind beispielsweise das vorsätzliche, heimliche bzw. uneinvernehmliche Beobachten anderer Personen in intimen Situationen oder das uneinvernehmliche Präsentieren des eigenen Genitals in der Öffentlichkeit (überwiegend vor Frauen und Kindern) sowie das sexuelle motivierte Sich-Reiben und Anfassen von Frauen und Kindern in der Öffentlichkeit, bis hin zu einer sexuellen Ansprechbarkeit durch vorpubertäre Kinderkörper.

Störungen der Sexualpräferenz (Paraphilien)

Wenn ein „abweichendes“ sexuelles Bedürfnis für eine Person zu Problemen, Leidensdruck und/oder sozialen Konflikten führt oder eine Person aufgrund ihrer Sexualpräferenz sich selbst oder andere schädigt, so erlangt diese sexuelle Präferenzprägung den Status einer krankheitswerten und damit behandlungsbedürftigen *Störung der Sexualpräferenz* (ICD-10/WHO nach Dilling et al., 2008) beziehungsweise *Paraphilie* (DSM-IV-TR/APA nach Saß et al., 2003).

Zu solchen Paraphilien (vgl. Tab. 1) gehören zum einen in aller Regel harmlose Vorlieben, wie die ausschließliche oder überwiegende sexuelle Ansprechbarkeit durch Gegenstände, wie Schuhe, Strümpfe, Wäsche etc. („Sexueller Fetischismus“ F 65.0) oder das Tragen frauentypischer Kleidungsstücke (z.B. Nylonstrümpfe und Dessous; „Transvestitischer Fetischismus“ F 65.1), als auch das Erleben sexueller Erregung durch das Ausüben oder Erdulden von Macht und Ohnmacht, Dominanz und Unterwerfung sowie das Beibringen oder Erleiden von Schmerzen („Sexueller Sado- / Masochismus“ F 65.5), wenn diese für die betroffenen Personen mit Leidensdruck oder Problemen im sozialen Zurechtkommen verbunden sind.

Zum anderen zählen zu den Paraphilien aber auch potentiell problemhafte Reizmuster, wie zum Beispiel der Impuls, zur eigenen sexuellen Erregung andere Menschen in intimen Situationen gezielt, sowohl un- wie auch mittelbar (per Kamera), zu beobachten („Voyeurismus“ F 65.3) sowie für den Drang, zur sexuellen Erregung die eigenen Genitalien vor Frauen und Kindern zu entblößen bzw. zu präsentieren und ggf. dabei zu masturbieren („Exhibitionismus“ F 65.2). Werden diese sexuellen Impulse im realen Verhalten ausgelebt, so stellen sie nicht nur gestörtes Sexualverhalten dar, sondern auch Sexualstraftaten. Mit dem Impuls, sich in der Öffentlichkeit an Frauen oder Kindern zu reiben („Frotteurismus“ F 65.8) oder diese an

Störungen der sexuellen Präferenz (Paraphilien)	(F 65 / - - - -)
1. Transvestitischer Fetischismus	(F 65.1 / 302.3)
2. Fetischismus	(F 65.0 / 302.81)
3. Masochismus	(F 65.5 / 302.83)
4. Sadismus	(F 65.5 / 302.84)
5. Voyeurismus	(F 65.3 / 302.82)
6. Exhibitionismus	(F 65.2 / 302.4)
7. Frotteurismus	(F 65.8 / 302.89) *
8. Toucheurismus	(F 65.7 / 302.9) *
9. Pädophilie	(F 65.4 / 302.2)
10. Multiple Störungen der Sexualpräferenz (Polyparaphilie)	(F 65.6 / - - - -)

* Zuordnung unter die Rubrik F 65.8:
„Sonstige Störung der Sexualpräferenz“

Tab. 1 Übersicht der Kodierungsmöglichkeiten für Paraphilien im ICD-10 bzw. DSM-IV-TR – entnommen aus: Ahlers et al., 2005

intimen Körperstellen anzufassen bzw. zu „begrabschen“ („Toucheurismus“ F 65.7) beginnt die Gruppe der Paraphilien, die, wenn sie nicht nur in der Fantasie, sondern im realen Verhalten ausgelebt werden, zu regelrechten sexuellen Übergriffen mit Körperkontakt führen. Auch die sexuelle Ansprechbarkeit durch vorpubertäre Kinderkörper („Pädophilie“ F 65.4) gehört zur Gruppe sexueller Präferenzstörungen, die, wenn sie ausgelebt werden, fremdgefährdendes bzw. -beeinträchtigendes Potential aufweisen. Unter allen Paraphilien steht die „Pädophilie“ am stärksten im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit und der sexualwissenschaftlichen Forschung.

Pädophilie

Pädophilie ist die leidvoll erlebte, selbst- und/oder fremdgefährdende, ausschließliche oder teilweise sexuelle Ansprechbarkeit durch vorpubertäre Kinderkörper. Pädophilie kann sich auf vorpubertäre Jungen und/oder Mädchen beziehen und kommt als „ausschließlicher Typus“ vor, wenn eine ausschließliche sexuelle Ansprechbarkeit durch vorpubertäre Kinder und keine durch Erwachsene gegeben ist, und als „nicht ausschließlicher Typus“, wenn sowohl ein sexuelles Interesse für vorpubertäre Kinder als auch eine sexuelle Erlebnisfähigkeit mit erwachsenen Personen besteht (DSM-IV-TR/Ame-

rican Psychiatric Association APA nach Saß et al., 2003, ICD-10/WHO nach Dilling et al., 2008).

Über das sexuelle Verhalten einer Person sagt der Begriff Pädophilie zunächst einmal nichts aus, sondern lediglich über deren sexuelle Ausrichtung als Bestandteil ihrer Sexualpräferenz (s.o.). Der Begriff Pädophilie bedeutet übersetzt Kinderliebe. Wegen der Gleichsetzung mit dem Straftatbestand „sexueller Kindesmissbrauch“ wird er im nicht-klinischen Kontext häufig abgelehnt und fälschlicherweise gegen den Begriff „Pädosexualität“ (s.u.) ausgetauscht. Tatsächlich bezieht sich aber das Interesse eines Pädophilen nicht nur auf sexuelle Kontakte mit einem Kind, sondern es besteht ein (wenn auch unrealistischer) ganzheitlicher, partnerschaftlicher Beziehungswunsch, der sexuelle Kontakte in der Form mit beinhaltet, wie dies in partnerschaftlichen Beziehungen von Erwachsenen auch der Fall ist (vgl. Vogt, 2006). Pädophile nehmen für sich in Anspruch, Kinder zu lieben, und haben nicht kollektiv den Wunsch, Kinder sexuell zu missbrauchen (Beier et al., 2006 a+b; 2009 a+b).

Pädosexualität

Realisierte sexuelle Handlungen eines Erwachsenen vor, an oder mit einem (vorpubertären) Kind werden in sexualwissenschaftlicher Terminologie als pädosexuelle Handlungen bezeichnet (Dannecker, 1987). Der Begriff Pädosexualität beschreibt damit zunächst ausschließlich die dissexuelle (s.u.) Verhaltensäußerung, die strafrechtlich als sexueller Kindesmissbrauch bezeichnet wird. Diagnostisch fällt Pädosexualität in die Kategorie der „Sexuellen Verhaltensstörungen“ (s.u.) und beschreibt damit *nicht* eine Form von sexueller Präferenz, wie dies für die Bezeichnung Pädophilie gilt. Andersherum besagt die sexuelle Präferenz (Pädophilie) nicht automatisch, dass ein entsprechendes Verhalten (Pädosexualität) an den Tag gelegt wird. Pädophilie ist also nicht gleich Pädosexualität und umgekehrt.

Eine Analogie bilden die Begriffe Homophilie und Homosexualität: Unter Homophilie versteht man die sexuelle Orientierung (s.o.) auf das gleiche Geschlecht. Über das tatsächlich realisierte Sexualverhalten einer Person sagt der Begriff zunächst nichts aus, sondern lediglich über deren sexuelle Orientierung als Teil der Sexualpräferenz. Unter Homosexualität versteht man hingegen realisierte sexuelle Interaktionen mit einem gleichgeschlechtlichen Partner, also eine Form von (ausgelebtem) Sexualverhalten (Ahlers, 2000), (vgl. Tab 2).

Erleben / Empfinden / Bedürfnis / Wunsch	Verhalten / Handlung / Realisation / Manifestation
Homophilie	Homosexualität
Pädophilie	Pädosexualität

Tab. 2 Terminologische Differenzierung zwischen sexueller Präferenz und sexuellem Verhalten am Beispiel Homophilie und Pädophilie – entnommen aus: Ahlers et al., 2005

Störungen des Sexualverhaltens (Dissexualität)

Unter Störungen des sexuellen Verhaltens werden sämtliche sexuellen Verhaltensweisen zusammengefasst, bei denen die sexuelle Selbstbestimmung anderer Menschen missachtet oder beeinträchtigt wird und die aus diesem Grunde strafrechtlich verfolgt werden können (Ahlers et al., 2005). Insgesamt sind mit dieser Störungsgruppe – unabhängig von ihrer strafrechtlichen Relevanz oder Verfolgbarkeit – sämtliche mittelbaren und unmittelbaren sexuellen Übergriffe (ob psychisch oder physisch) gegen die sexuelle Selbstbestimmung gemeint. Beier (1995) beschreibt mit dem Begriff „Dissexualität“ das Phänomen als „sich im Sexuellen ausdrückendes Sozialversagen“.

Zu den sexuellen Verhaltensstörungen zählen unter anderem sexuelle Handlungen vor, an oder mit Kindern (sog. „pädosexuelle Handlungen“, strafrechtlich: „Sexueller Missbrauch von Kindern“ § 176 StGB) oder sonstigen Personen, die in die sexuellen Handlungen nicht einwilligen können. Die prominenteste Form solcher dissexuellen Verhaltensaussagen besteht in un- und mittelbarer sexueller Ausbeutung, in Form der Dokumentation von sexuellem Missbrauch und Zwangsprostitution durch die Herstellung, Nutzung und Verbreitung von Pornografie mit abhängigen bzw. nicht-einwilligungsfähigen Personen, wie z.B. illegalen Migranten, Behinderten und Kindern. Dies ist deshalb der Fall, weil die Personen zu den dargestellten bzw. abgebildeten sexuellen Handlungen gezwungen werden und weil geistig Behinderte und Kinder in die entsprechenden Handlungen aufgrund ihres psychosozialen Entwicklungsstandes nicht einwilligen können.

Die Endstrecke sexueller Verhaltensstörungen bilden schließlich alle unmittelbaren sexuellen Übergriffe beziehungsweise expliziten Sexualstraftaten wie „sexuelle Nötigung und Vergewaltigung“ bis hin zur „sexuell motivierten Tötung“, wie sie im Dreizehnten Abschnitt des Deutschen Strafgesetzbuchs unter der Überschrift „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ und den Paragraphen §§ 174 bis 184 aufgeführt sind, und zwar unabhängig davon, ob die Opfer Erwachsene, Jugendliche oder Kinder sind (vgl. Tab. 3).

Sexuelle Verhaltensstörungen können einerseits mit dem Ausleben entsprechender Paraphilien zusammen

Störungen des sexuellen Verhaltens (Dissexualität)	(F 63 / - - -) *
1. Sexuell motivierte, un- und mittelbare Ausbeutung	(F 63.8 / 312.30) *+
2. Sexuell motivierte Beobachtung in Intimsituationen	(F 63.8 / 312.30) *
3. Sexuell motivierte (masturbatorische) Genitalpräsentation	(F 63.8 / 312.30) *
4. Sexuell motivierte Belästigung / Verfolgung (Stalking)	(F 63.8 / 312.30) *
5. Sexuell motivierte Berührung / Körperkontaktaufnahme	(F 63.8 / 312.30) *
6. Sexuell motiviertes Anfassen („Grabschen“)	(F 63.8 / 312.30) *
7. Sexuell motivierte (orale, vaginale, anale) Penetration	(F 63.8 / 312.30) *
8. Sexuell motivierte Tötung	(F 63.8 / 312.30) *

* Zuordnung unter die Rubrik F 63.8: „Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“.

+ Dokumentation von sexuellem Missbrauch und Zwangsprostitution: Herstellung, Nutzung und Verbreitung von Pornografie mit abhängigen bzw. nicht-einwilligungsfähigen Personen, wie z.B. illegalen Migranten, Behinderten und Kindern.

Tab. 3 Übersicht über die Störungen des sexuellen Verhaltens (Dissexualität) – entnommen aus: Ahlers et al., 2005

hängen, das heißt, paraphile Impulsmuster können einen begünstigenden motivationalen Hintergrund für sexuelle Verhaltensstörungen darstellen. Andererseits existieren auch dissexuelle Verhaltensweisen, die nicht auf das Ausleben eines klar beschreibbaren, paraphilen Impulsmusters zurückgehen, sondern als unabhängige sexuelle Verhaltensstörungen in Erscheinung treten. Das bedeutet, dass im sexualdiagnostischen Prozess zwischen Störungen der sexuellen Präferenz und Störungen des sexuellen Verhaltens differenziert werden muss und beide Phänomene nicht verwechselt oder gar gleichgesetzt werden sollten (vgl. Pädophilie vs. Pädosexualität, Tab. 2).

Von zentraler Bedeutung ist damit die Differenzierung zwischen sexuellem Erleben (Gedanken, Impulse, Fantasien, aber auch autosexuelle Betätigung wie sexuelle Selbststimulation und -befriedigung) auf der einen Seite und realisiertem soziosexuellem Verhalten (unter anderem mittelbare und unmittelbare sexuelle Übergriffe) auf der anderen. Solange eine sexuelle Ansprechbarkeit sich in der Fantasie und/oder der sexuellen Selbstbetätigung der betroffenen Person abspielt und nicht zu Beeinträchtigungen der sexuellen Selbstbestimmung anderer Menschen führt, aber dem Betroffenen klinisch relevanten Leidensdruck und/oder soziale Konflikte bereitet, ist sie dem Bereich der Störungen der Sexualpräferenz (Paraphilien) zuzuordnen. Kommt es aber zu fremdbeeinträchtigenden Verhaltensäußerungen gegen die sexuelle Selbstbestimmung anderer Personen (unabhängig davon, ob eine Paraphilie gegeben ist oder nicht), so gehört die Problematik (gegebenenfalls zusätzlich) in die Kategorie der sexuellen Verhaltensstörungen (vgl. Tab. 4).

Präferenz- versus Ersatzhandlungstäter

Aussagen dazu, wie viele der sexuellen Kindesmissbraucher pädophil sind, können aus zwei Gründen nur in sehr eingeschränktem Maße gemacht werden: Zum einen basieren so gut wie alle wissenschaftlichen Erkenntnisse über sexuelle Kindesmissbraucher auf Ergebnissen der sogenannten Hellfeldforschung, also auf Untersuchungen von rechtsbekannten, das heißt rechtskräftig verurteilten (zumeist inhaftierten) Sexualstraftätern (Finkelhor, 2005). Wie bei allen Deliktarten unterscheiden sich diejenigen Personen, die wegen Straftaten ermittelt, angezeigt, verurteilt und inhaftiert werden, signifikant von denen, die zwar Straftaten begehen, aber eben nicht ermittelt werden. Beide Personengruppen sind aus soziodemografischer, persönlichkeitspsychologischer und psychopathologischer Perspektive nicht nur nicht identisch, sondern vielmehr unvergleichbar. Der bisherige Versuch, durch Daten von inhaftierten sexuel-

Sexuelle Präferenzstörung	Verhalten / Handlung / Realisation / Manifestation
Sexuelle Ansprechbarkeit einer Person in Fantasie und/oder sexueller Selbstbetätigung; führt nicht automatisch zu Beeinträchtigungen der sexuellen Selbstbestimmung anderer Menschen, bereitet Betroffenen aber soziale Konflikte beziehungsweise klinisch relevanten Leidensdruck.	Fremdbeeinträchtigende sexuelle Verhaltensäußerungen gegen die sexuelle Selbstbestimmung anderer Personen (unabhängig davon, ob sexuelle Präferenzstörung gegeben ist oder nicht).

Tab. 4 Differenzierung zwischen Paraphilie und Dissexualität – entnommen aus: Ahlers et al., 2005

len Kindesmissbrauchern Aufschlüsse darüber zu gewinnen, wie pädophile Personen beschrieben werden können, entspricht dem Versuch, durch die Untersuchung von inhaftierten Vergewaltigern Aufschlüsse darüber zu erlangen, wie teleophile¹ Personen beschrieben werden können (vgl. Ahlers & Schaefer, 2010).

Zum anderen gibt es bis dato – mit wenigen Ausnahmen – weder über Dunkelfeld-Täter von sexuellem Kindesmissbrauch (und deren Sexualpräferenz) noch über pädophile Männer in der Allgemeinbevölkerung (und von denen gegebenenfalls begangenen, unentdeckt gebliebenen sexuellen Übergriffe auf Kinder) wissenschaftliche Untersuchungen. Die diesbezügliche Dunkelfeldforschung hat gerade erst begonnen (Beier et al., 2009 a+b; Neutze et al., 2010; Schaefer et al., 2010).

Untersuchungen der American Psychiatric Association (APA) legen nahe, dass nicht einmal ein Viertel der wegen sexuellen Kindesmissbrauchs verurteilten Sexualstraftäter als pädophil angesehen werden können (APA, 1999). Anderen Ergebnissen der Hellfeldforschung zufolge wird von einem Anteil von 25% bis 50% pädophiler Täter ausgegangen (Marshall & Fernandez, 2003; Seto, 2008). Ohne Zweifel gibt es auch im Dunkelfeld des sexuellen Kindesmissbrauchs Täter mit einer pädophilen Sexualpräferenz. Es scheint derzeit allerdings nicht möglich, deren Anteil seriös zu quantifizieren.

Die überwiegenden Befunde sprechen dafür, dass die meisten sexuellen Kindesmissbraucher nicht pädophil und somit keine sog. Präferenztäter sind, sondern als Ersatzhandlungstäter angesehen werden müssen. Unter Ersatzhandlungstätern werden Personen verstanden, die mit erwachsenen Partnern sexuell erlebnisfähig sind, aber ersatzweise auf Kinder über- bzw. zurückgreifen,

¹ Unter Teleophilie wird die sexuelle Ansprechbarkeit durch den erwachsenen, geschlechtsreifen körperlichen Entwicklungsstatus verstanden (vgl. Ahlers 2009).

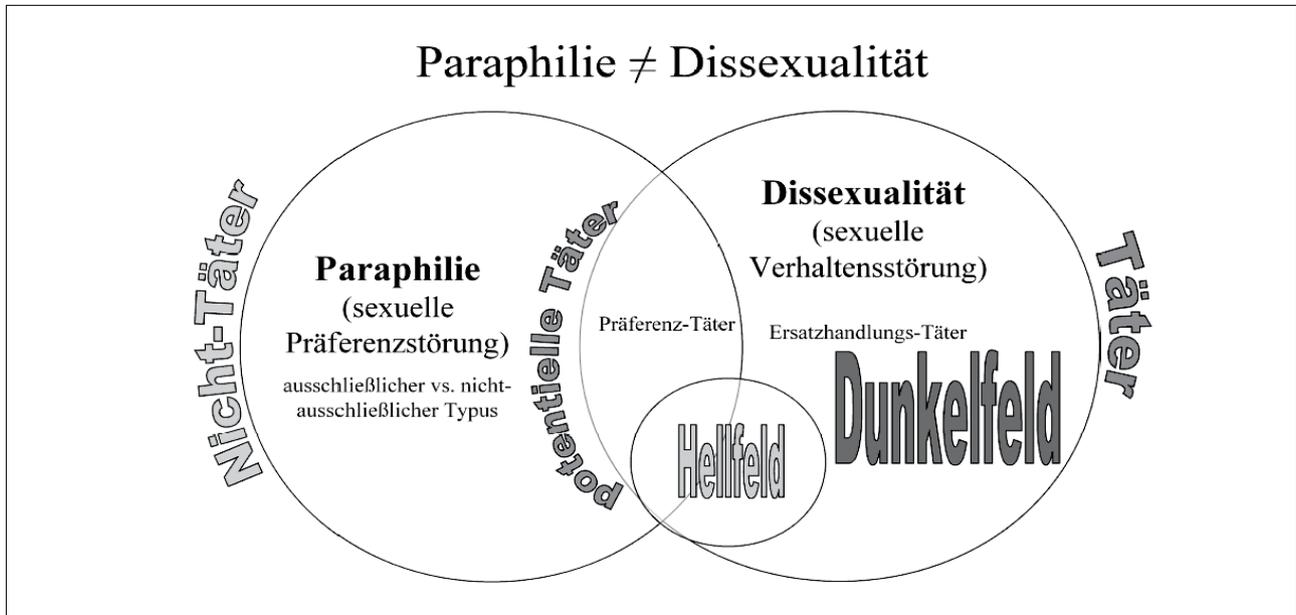


Abb. 2: Graphische Veranschaulichung der Differenzierung zwischen Paraphilie und Dissexualität – entnommen aus: Beier et al., 2006

weil sexuelle Kontakte zu Erwachsenen nicht realisiert werden können oder als unrealisierbar erlebt werden. Für Ersatzhandlungstäter stellen Kinder prädestinierte Opfer dar, weil sie körperlich reizvoll, kleiner, schwächer, manipulierbarer und damit kontrollierbarer sind als erwachsene Personen. Häufig werden bestehende soziale Beziehungen zu Opferkindern sexualisiert, weil sexuelle Kontaktbedürfnisse bezogen auf erwachsene Partner unerfüllt bleiben. Ersatzhandlungstäter verüben ihre Taten auch, aber offenbar nicht überwiegend in kommunalen oder kirchlichen, pädagogischen Einrichtungen, sondern vor allem im Dunkelfeld des sozialen Nahraums betroffener Opferkinder, also in der gesellschaftlichen Mitte der rechtlichen, genetischen oder erweiterten sozialen Familien. In einer Internet-Befragung eines deutschen Opferschutz-Vereins (MOGiS e.V.) gaben fast 70% der hierzu befragten 208 Opfer an, von einem Familienmitglied oder einem Freund der Familie sexuell missbraucht worden zu sein. Dass der bzw. die Täter ausschließlich Fremde gewesen seien, berichteten lediglich 10% der Befragten (Schaefer et al., 2011). Freilich können z.B. Lehrer und Pfarrer oder Priester als Freunde der Familie auch zum sozialen Nahraum von Opferkindern gehören, aber nach derzeitigem Stand der diesbezüglichen Forschung gibt es keinen Anhaltspunkt dafür anzunehmen, dass sexueller Kindesmissbrauch vor allem oder überwiegend in kommunalen oder kirchlichen, pädagogischen Einrichtungen begangen wird (Terry, 2008). Der sexuelle Missbrauch in diesen Einrichtungen stellt wohl weniger ein quantitatives, als viel mehr ein qualitatives Problem dar, weil (neben der moralischen Verfehlung) die hier geschädigten Opferkinder Schutzbefohlene ihrer Täter sind und

so unter einer noch okkupativeren Sozialkontrolle – und reglementierung stehen, als im nicht-institutionellen sozialen Nahraum. Das könnte unter anderem auch für ein höheres psychotraumatisches Potential sexueller Übergriffe in kommunalen oder kirchlichen, pädagogischen Einrichtungen sprechen.

Es stellt sich daher die Frage, wie sich diese Täter beschreiben lassen, die ersatzweise auf Kinder übergreifen, obwohl sie mit erwachsenen Personen sexuell erlebnisfähig sind. Hierzu existieren bis dato so gut wie keine wissenschaftlichen Erkenntnisse, weil diese Personengruppe weder juristisch (Kindesmissbraucher) noch klinisch (Pädophile) definiert werden kann, sie nicht (selbstanziehend und/oder hilfesuchend) in Erscheinung tritt, und weil bezogen auf diese Tätergruppe auch nicht über institutionelle Organisationen aktiv Aufklärung betrieben werden kann (vgl. Ahlers & Schaefer, 2011).

Unabhängig davon, ob ein Täter im Hellfeld landet oder im Dunkelfeld (vgl. Abb. 2) bleibt, gilt es bei pädophilen (Präferenz-) Tätern zu bedenken, dass es nicht deren Sexualpräferenz ist, die sie zu Tätern werden lässt. Eine pädophile Sexualpräferenz muss als Risikofaktor und als tatbegünstigend angesehen werden. Entscheidend dafür, ob eine Person zum Täter wird oder nicht, sind – bei Präferenz- wie bei Ersatzhandlungstätern in gleichem Maße – spezifische psychologische Persönlichkeitsmerkmale. Bei beiden Tätergruppen gelten hier verschiedene, sogenannte *dynamische Risikofaktoren* als relevant, zum Beispiel die Fähigkeit zur differenzierten Selbst- und Fremdwahrnehmung, Introspektions- und Reflexionsvermögen, Perspektivenübernahme und Empathiefähigkeit, Erleben und Kontrolle sexueller Impul-

se, Kontrollüberzeugungen und Attributionsstil², Frustrations- und Ambiguitätstoleranz³, Verarbeitungs- und Bewältigungsstrategien, Einstellungen und Überzeugungen, Verantwortungsbewusstsein und -übernahme und weitere andere (vgl. z.B. Beech et al., 2002, Mann et al., 2010).

Darüber hinaus können bei beiden Tätergruppen auch eine Reihe von sog. *statischen Risikofaktoren* als tatbegünstigend beziehungsweise risikosteigernd angesehen werden. Diese bestehen unter anderem in psychopathologischen Faktoren, wie zum Beispiel einer geistigen Behinderung oder klinisch relevanten Intelligenzminderung (Debilität), einer entwicklungspsychologischen und/oder psychosexuellen Retardierung⁴ oder in Persönlichkeitsstörungen (zum Beispiel selbstunsicher-ängstlich-vermeidende, antisoziale/sadistische oder emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen) sowie Suchtbeziehungsweise Abhängigkeitserkrankungen. All diese Faktoren können Sexualstraftaten gegen Kinder begünstigen, müssen aber nicht zu ihnen führen, wobei eine pädophile Sexualpräferenz natürlich einen bedeutsamen prädisponierenden Risikofaktor darstellt (vgl. Kuhle, 2011).

Therapeutische Prävention für potenzielle Täter

Zur Frage, wie sexuelle Übergriffe auf Kinder verhindert werden könnten, wäre neben den Maßnahmen der pädagogischen Prävention für potenzielle Opfer, wie sie seit Ende des 20. Jh. international durchgeführt werden, die therapeutische Prävention für potenzielle Täter zu nennen, wie sie im *Präventionsprojekt Dunkelfeld* an der Berliner Charité angeboten wird (Beier et al., 2006 a+b). Bei dem Projekt handelt es sich um eine Therapie-Evaluationsstudie zur Wirksamkeit präventiver Therapie für potenzielle Täter. Einbezogen in das Therapieprogramm werden Personen, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen, aber bisher (noch) nicht übergriffig geworden sind, jedoch befürchten, sexuelle Übergriffe auf Kinder begehen zu können (sog. „potenzielle Täter“). Darüber hinaus werden auch Personen einbezogen, die bereits sexuelle Übergriffe auf Kinder begangen haben, aber den Strafverfolgungsbehörden (noch) nicht bekannt sind (sog. „Dunkelfeld-Täter“). Teilnahmewillige Personen

müssen bezüglich ihrer auf Kinder gerichteten sexuellen Impulse über ein Problembewusstsein verfügen und von sich aus therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen wollen, um keine sexuellen Übergriffe auf Kinder (mehr) zu begehen.

Die Erreichbarkeit therapiemotivierter (potenzieller oder realer) Dunkelfeld-Täter über Medien wurde mit Hilfe von Patienten erforscht, die wegen sexueller Impulse bezogen auf Kinder in der Sexualmedizinischen Hochschulambulanz der Charité behandelt wurden. Durch diese Erkenntnisse wurden die inhaltlichen Grundlagen für eine Medienkampagne geschaffen (Feelgood et al., 2002). Die Konzeption, Gestaltung und Durchführung der Medienkampagne wurde durch die Unterstützung der Werbeagentur *Scholz & Friends* probono gewährleistet. Entwickelt wurde ein Plakatmotiv, auf dem ein Mann in der U-Bahn gezeigt wird, neben dem sich zwei Kinder auf dem Nachbarsitz in spielerischer Unbefangenheit die Zeit vertreiben. Das Motiv bedient sich eines einfachen Stilmittels, nämlich einem Haltegriff, der die Augen des Mannes verdeckt, um zu zeigen, dass die potenziellen Täter in der Anonymität leben. Der Haltegriff spielt aber auch auf die schwarzen Balken an, mit denen Täter auf Zeitungsfotos anonymisiert werden und weist damit auf die Gefahr hin, die entsteht, wenn es Betroffenen nicht gelingen sollte, ihre pädophilen Impulse auf Fantasien zu begrenzen. Dies wird ergänzt mit dem Leitsatz der Medienkampagne „lieben sie kinder mehr als ihnen lieb ist?“, wobei die durchgängige Kleinschreibung mit der Doppeldeutigkeit von „ihnen“ darauf abstellt, dass sich sowohl die Täter als auch die Kinder bei sexuellen Übergriffen schlecht fühlen. Zudem sind auf dem Plakat die wichtigsten Kontaktdaten (Telefon, Website) aufgeführt. Das Motto des Präventionsprojektes lautet: „Damit aus Fantasien keine Taten werden!“ und die vermittelte Botschaft ist: „Du bist nicht schuld an deinen sexuellen Gefühlen, aber du bist verantwortlich für dein sexuelles Verhalten. Es gibt Hilfe! Werde kein Täter!“

Nach mehrjähriger Vorbereitung und Drittmittelakquise begann das *Präventionsprojekt Dunkelfeld* mit einer Anschubfinanzierung der Volkswagenstiftung am Weltkindertag, dem 1. Juni 2005, mit einer multimedialen Kampagne, die neben Interviews und Berichterstattung in Druckmedien, Fernsehen und Hörfunk auch Anzeigenschaltungen in Druckmedien, Kino- und TV-Spots sowie einen Internetauftritt (www.kein-taeter-werden.de), Internet-Banner, Außenwerbung mit Plakatwänden und Innenwerbung in sämtlichen Berliner Krankenhäusern und Schwimmbädern mit Plakaten beinhaltete.

Aufgrund einer seit Anfang 2004 professionell betriebenen Öffentlichkeitsarbeit wurde das Projekt in der gesellschaftlichen Wahrnehmung durchweg positiv aufgenommen und es ist bei über 500 Beiträgen in al-

² Ursachenzuschreibung und Selbstwirksamkeitserleben.

³ Fähigkeit, Enttäuschungen und Widersprüchlichkeit aushalten zu können.

⁴ Entwicklungsstörung.

Die Sexualpädagogische PädO-Ampel (SPA) – Ein Verhaltensleitfaden für den Umgang mit Pädophilie			
	Grün!	Gelb!	Rot!
	Keine Gefahr für Kinder und für mich selbst! Kein Problemverhalten!	Potentielle Gefahr für Kinder und für mich! Risikoverhalten, auf der Schwelle zum Problemverhalten!	Akute Gefahr für Kinder und für mich selbst! Problemverhalten! Stopp! Verboten!
Sozialer Kontakt	Sozialer Kontakt mit Kindern , im Beisein anderer Erwachsener aus dem eigenen sozialen Umfeld (z.B. Familie, Nachbarschaft, Vereine).	Sozialer Kontakt mit einzelnen Kindern in der Öffentlichkeit , ohne Beisein anderer Erwachsener aus dem eigenen sozialen Umfeld: z.B. Park, Zoo, Kirmes, Kino, Schwimmbad etc.	Sozialer Kontakt mit einzelnen Kindern außerhalb der Öffentlichkeit , ohne Beisein anderer Erwachsener: z.B. Wohnung, Dachboden, Keller, Garten, Wald oder andere unbeobachtete Orte.
Körperlicher Kontakt	Körperliche Kontakte mit Kindern im Beisein anderer Erwachsener aus dem eigenen sozialen Umfeld (z.B. Familie, Nachbarschaft, Vereinen): z.B. Hand geben / Hand nehmen, einhaken, Arm umlegen.	Körperlicher Kontakt mit Kindern in der Öffentlichkeit ohne Beisein anderer Erwachsener aus dem eigenen sozialen Umfeld: z.B. Händchenhalten, auf den Schoß nehmen, umarmen, im Arm halten.	Jede Form von sexuellem Körperkontakt. Merke: Jede sexuell motivierte Berührung ist eine sexuelle Handlung! z.B. Streicheln, Schmusen, Küssen, Berühren / Anfassen an Brust, Po oder Genitalien.
Sexuell erregende Bilder	Akt-, FKK-, und Katalogbilder: Kunst-, Urlaubs-, Badehosen- und Wäschebilder.	Nackt-, Erotik-, Posingbilder: Keine Fokussierung auf Genitalien und sexuelle Handlungen.	Pornografie: Fokussierung auf Genitalien und sexuelle Handlungen.
Sexueller Kontakt	Erwachsene: vollständig geschlechtsreifer Entwicklungsstatus.	Teenager / Jugendliche: gerade geschlechtsreifer Entwicklungsstatus.	Kinder: kindlicher, nicht geschlechtsreifer Entwicklungsstatus.

Abb. 5 Die Sexualpädagogische PädO-Ampel (SPA) – Ein Verhaltensleitfaden für den Umgang mit Pädophilie – entnommen aus: Ahlers et al., 2008

len Medien (Druck, TV, Radio, Internet) gelungen, eine durchweg hochwertige Berichterstattung auf der inhaltlichen Sachebene sicherzustellen (Ahlers et al., 2006). Hierdurch ist in der öffentlichen Wahrnehmung im deutschsprachigen Mitteleuropa ein Bewusstsein dafür entstanden, dass präventive Therapie für potenzielle Täter aktiver Kinderschutz ist und damit ein effektiver Beitrag der Primärprävention zur Verhinderung sexueller Übergriffe auf Kinder.

Ziel der therapeutischen Bemühungen im Rahmen des *Präventionsprojektes Dunkelfeld* an der Berliner Charité ist es, die Patienten mit Kenntnissen und Fertigkeiten auszustatten, die ihnen ermöglichen, weder andere noch sich selbst durch ihre (sexuellen) Verhaltensäußerungen zu gefährden. Hierzu werden die Patienten trainiert, fehlende Kompetenzen bezogen auf die sog. *dynamischen Risikofaktoren* (s. o.), zu kompensieren bzw. neue Kenntnisse und Fertigkeiten zu erwerben und zu üben

bzw. anzuwenden. Zusätzlich zu dieser eigentlichen Therapie bekommen alle Patienten additiv die Möglichkeit impulsdämpfende Medikamente einzunehmen, um ihnen so die Konzentration auf den therapeutischen Prozess so zu erleichtern (Beier et al., 2010). Bezogen auf das erwünschte sexuelle Verhalten wurden die Therapieziele in der sog. „Sexualpädagogischen PädO-Ampel“ (vgl. Abb. 5) als konkretem Verhaltensleitfaden zusammengefasst (Ahlers et al., 2008).

Seit dem Projektbeginn 2005 haben bisher mehr als 1200 Personen aus dem deutschsprachigen Mitteleuropa ihr Teilnahmeinteresse bekundet. Knapp 550 Interessenten konnten zur Diagnostik an die Charité anreisen, von denen etwa die Hälfte einen Therapieplatz angeboten bekam. Nach einer ersten Auswertung reisten die Teilnehmer zur Diagnostik im Durchschnitt 205 Kilometer an; bei denjenigen, die außerhalb Berlins lebten (100 Km Radius), waren es durchschnittlich 334 Kilometer (Schae-

fer, 2006). Die große Entfernung und die damit verbundenen Reisekosten wurden von vielen Interessenten als Grund angegeben, den angebotenen Therapieplatz (über ein Jahr wöchentliche Therapiesitzungen) nicht annehmen zu können. Bei fast 90% der 358 Teilnehmer, die in den ersten drei Jahren nach Projektbeginn die Eingangsdiagnostik durchlaufen hatten, konnte eine krankheitswerte und daher behandlungsbedürftige Störung der Sexualpräferenz festgestellt werden (60% Pädophilie, 28% Hebephilie⁵). Insgesamt gaben drei Viertel dieser pädophilen und hebephilen Männer an, in ihrem Leben bereits (mindestens) einen mittelbaren oder unmittelbaren sexuellen Übergriff begangen zu haben, aber lediglich ein Drittel hiervon befand sich aktuell im Hellfeld (Beier et al., 2009 a). Erste Ergebnisse zur Beschreibung der Stichprobe sowie zu speziellen Fragestellungen wurden seit 2009 publiziert (Beier et al., 2009 b; Neutze et al., 2010; Schaefer et al., 2010).

Literatur

- Ahlers, Ch.J., 2000. Gewaltdelinquenz gegen sexuelle Minderheiten, in: Dworek G., Ahlers Ch.J., Dobler J., (Hrsg.), 2000. Hassverbrechen. Köln: LSVD-Sozialwerk e.V.
- Ahlers, Ch.J., Schaefer, G. A., Beier, K.M., 2004. Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis. *Sexuologie* 11 (3/4), 74–97.
- Ahlers, Ch.J., Schaefer, G.A., Beier, K.M., 2005. Das Spektrum der Sexualstörungen und ihre Klassifizierbarkeit in DSM-IV-TR und ICD-10. *Sexuologie* 12 (3/4), 120–152.
- Ahlers, Ch.J., Schaefer G.A., Feelgood, S.R., Beier, K.M., 2006. The Media Campaign of the „Prevention Project Dunkelfeld“ – Results of a media campaign to motivate pedophiles to seek preventive treatment. Poster presented at the 9th Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), 06.–09.09.2006, Hamburg, Germany, EU.
- Ahlers, Ch.J., Neutze J., Hupp E., Mundt I.A., Konrad A., Beier K.M., Schaefer, G.A., 2008. Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung – Teil II. *Sexuologie* 15 (3–4), 82ff.
- Ahlers, Ch. J., 2010. Paraphilie und Persönlichkeit. Dissertation, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Charité Berlin.
- Ahlers, Ch.J. & Schaefer G.A., 2010. Sexueller Kindesmissbrauch versus Pädophilie – Wer ist wer und was ist was? *Pädagogik* 9/10, 28–31.
- Ahlers, Ch.J. & Schaefer, G.A., 2011. Pädophilie, Pädosexualität und sexueller Kindesmissbrauch: Über die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung. *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, BzGA-Forum* 3-2010, 45–50.
- Ahlers, Ch.J., Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Roll, S., Englert, H., Willich, S.N., Beier K.M., 2011. How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-Associated Sexual Arousal Patterns (PASAP) in a community-based sample of men. *Journal of Sexual Medicine* 8: 1362–1370 (E-Pub ahead of print: 2009 Nov 19).
- American Psychiatric Association (APA) 1999. Dangerous sex offender: A Task-Force Report. Washington, DC, USA.
- Beech, A., Friendship, C., Erikson, E., & Hanson, K.R., 2002. The Relationship Between Static and Dynamic Risk Factors and Reconviction in a Sample of U.K. Child Abusers. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, Vol. 14, No. 2, 155–167.
- Beier, K.M., 1995. Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Berlin, Springer.
- Beier, K.M., Bosinski H.A.G., Loewit K., 2005. *Sexualmedizin*, 2. Aufl. Urban & Fischer.
- Beier, K.M., Schaefer, G.A., Goecker, D., Neutze J., Feelgood S.R., Hupp E., Mundt I.A., Ahlers Ch.J., 2006a. Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld. *Sexuologie* 13 (2–4), 139–147.
- Beier, K.M., Ahlers, Ch.J., Schaefer, G.A., Goecker, D., Neutze, J., Feelgood, S.R., 2006b. Das Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD). Der Berliner Ansatz zur therapeutischen Primärprävention von sexuellem Kindesmissbrauch. *Humboldt-Spektrum*, 13 (3).
- Beier, K.M., Ahlers, Ch.J., Goecker, D., Neutze, J., Mundt, I.A., Hupp, E., Schaefer, G.A., 2009a. Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*. 20 (6), 851–867.
- Beier, K.M., Neutze, J., Mundt, I.A., Ahlers, Ch.J., Goecker, D., Konrad, A., Schaefer, G.A., 2009b. Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse & Neglect*, 33, 545–549.
- Beier, K.M., Amelung, T., & Pauls, A., 2010. Antiandrogene Therapie als Teil der Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 4 (Suppl 1), 49–57.
- Dannecker, M., 1987. Bemerkungen zur strafrechtlichen Begutachtung der Pädosexualität. In: Jäger, H., Schorsch, E., (Hrsg.). *Sexualwissenschaft und Strafrecht, Beiträge zur Sexualforschung*, Bd. 62. Stuttgart, Enke.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., 2008. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F)*. 6. Aufl., Bern, Hans Huber.
- Feelgood, S.R., Ahlers, Ch.J., Schaefer, G.A., Ferrier, A., Beier, K.M., 2002. Generation of concrete ideas for a media campaign to motivate undetected sexual offenders to seek treatment using the Marketing Psychology approach. Paper presented at the 7th International Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), September 11.–14. 2002, Vienna, Austria, EU.
- Finkelhor, D., 2005. Zur internationalen Epidemiologie von sexuellem Missbrauch an Kindern. In G. Amman & R. Wipplinger (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch – Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch*. 3. Aufl., 81–94, Tübingen, dgvt-Verlag.
- Kuhle, L.F., 2011. Use of sexually explicit and non-explicit images of children and associated risk factors for child sexual abuse in pedophiles and hebephiles from the com-

⁵ Unter Hebephilie wird die sexuelle Ansprechbarkeit durch den gerade geschlechtsreifen, pubertären bis jugendlichen körperlichen Entwicklungsstatus verstanden (vgl. Ahlers et al. 2005).

- munity. Diploma Thesis: Faculty of Psychology, Charité Universitätsmedizin Berlin, Institute of Sexology and Sexual Medicine, Free and Humboldt-University Berlin.
- Langström, N., Zucker, K., 2005. Transvestitic Fetishism in the General Population: Prevalence and Correlates. *Journal and Sex and Marital Therapy*. 31, 87–95.
- Langström, N., Seto, M., 2006. Exhibitionistic and Voyeuristic Behavior in a Swedish National Population Survey. *Archives of Sexual Behavior*. 38, 335–350.
- Mann, R.E., Hanson, R.K., & Thornton, D., 2010. Assessing Risk for Sexual Recidivism: Some Proposals on the Nature of Psychologically Meaningful Risk Factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22 (2), 191–217.
- Marshall, W.L., Fernandez, Y.M. 2003. Phallometric testing with sexual offenders: Theory, research, and practice. Brandon, VT.
- Neutze, J., Seto, M., Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Beier, K.M., 2010. Predictors of child pornography offenses and child sexual abuse in a community sample of pedophiles and hebephiles. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*.
- Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M., Houben, I., 2003. Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision DSMIV-TR. Göttingen: Hogrefe.
- Schaefer G.A., Ahlers Ch.J., Goecker D., Neutze J., Mundt I.A., Hupp E., Beier K.M., 2006. Pedophilic men seeking help – first results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). Paper presented at the 9th Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), 6.–9. September, Hamburg, Germany, EU.
- Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Feelgood, S.R., Hupp, E., Neutze, J., Ahlers, Ch.J., Goecker, D., Beier, K.M., 2010. Potential and Dunkelfeld offenders: Two neglected target groups for prevention of child sexual abuse. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, S. 154–163.
- Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Ahlers, Ch.J., & Bahls, Ch., 2011. Child Sexual Abuse and Psychological Impairment in Victims – Results of an Online-Study initiated by Victims. *Journal of Child Sexual Abuse* (accepted for publication).
- Seto, M.C., 2008. Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention. Washington, DC.
- Terry, K.J., 2008. The Nature and Scope of Child Sexual Abuse in the Catholic Church. *Criminal Justice and Behavior*, Special Issue: Child Sexual Abuse by Catholic Priests. Guest Editor: Karen J. Terry, Vol. 35. No.5, 549–569.
- Vogt, H., 2006. Pädophilie. *Leipziger Studie zur gesellschaftlichen und psychischen Situation pädophiler Männer*. Lengerich, Pabst Science Publishers.

Adresse der Autoren

Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers, Dipl.-Psych. Gerard A. Schaefer, Institut für Sexualpsychologie, Berlin, Calvinstraße 23, D-10557 Berlin, web: sexualpsychologie-berlin.de, e-mail: dr.ahlers@berlin.de



Carmen Kerger-Ladleif, Kinder beschützen! Sexueller Missbrauch – Eine Orientierung für Mütter und Väter

Mebes & Noack 2011, 188 S., br., ISBN-10: 3927796948, Preis 19,80 €

Sexuelle Gewalt an Mädchen und Jungen gehört noch immer zu den großen Tabuthemen unserer Gesellschaft. Es ist schwer, diese Realität anzuerkennen und darüber zu sprechen. Kinder zu stärken, ihr Recht auf ein gewaltfreies Leben umzusetzen, ist kein einmaliges Projekt, sondern eine Erziehungshaltung.

Müttern und Vätern kommt als erste Bezugspersonen eine ganz besondere Bedeutung zu. Sie sowie engagierte Erwachsene, die mit Kindern leben und arbeiten, finden hier eine Orientierung und das nötige Wissen.

Carmen Kerger-Ladleif, die seit vielen Jahren bei Dunkelziffer e.V. in Hamburg Mütter und Väter berät und begleitet, weiß nur zu gut, was die dringenden und drängenden Fragen von Eltern sind.

Sie weiß auch, dass Schutz von Kindern eine gemeinsame Leistung von Erwachsenen erfordert. Dazu gehören Mut, Kompetenz und sachgerechte Information.



Ursula Enders, Grenzen achten: Schutz vor sexuellem Missbrauch in Institutionen. Ein Handbuch für die Praxis

Kiepenheuer & Witsch 2012, 304 S., br., ISBN-10: 3462043625

Die Missbrauchsfälle in kirchlichen Einrichtungen oder in der Odenwaldschule haben es gezeigt: Der Haupttatort sexualisierter Gewalt ist nicht die Familie. Mehr als 60 Prozent der betroffenen Kinder und Jugendlichen werden im außerfamiliären Nahbereich von Trainern, Babysittern, Lehrern, Gruppenleitern oder Jugendlichen aus der Nachbarschaft sexuell ausgebeutet. Dieses Buch hilft Müttern und Vätern, Pädagoginnen und Pädagogen, sexuelle Gewalt und Missbrauch zu erkennen, besonnen zu reagieren und vor allem den betroffenen Kindern und Jugendlichen eine zweite Traumatisierung zu ersparen. Dargestellt werden die Strategien der Täter und institutionelle Dynamiken, die Missbrauch begünstigen. „Grenzen achten“ zeigt auf, wie Schulen, Kirchengemeinden, Sportvereine oder Jugendverbände sich vor Tätern in den eigenen Reihen schützen können.

Therapeutischer und prognostischer Nutzen der Phallometrie zur objektiven Messung der sexuellen Orientierung

Alexander Pohl

Therapeutic and prognostic utility of phallogometric measurements for the objective determination of sexual orientation

Abstract

Phallogometry / penisplethysmography is a psychophysiological method to measure changes in circumference or volume of the penis in response to visual and/or auditory sexual stimuli. Basically it was developed in the 50s of the 20th Century to enable an "objective diagnosis" of homosexual orientation, which was pathologized and penalized at this time. It has since been further developed in Northern America and is used in the diagnosis, prognosis and treatment of sex offenders. In Germany, phallogometry has never been systematically used after its introduction in the early 70s. In the German court system its use is highly controversial. Accordingly, there is hardly any German research regarding this method. This article discusses the advantages and disadvantages of this method as well as its possible applications. Furthermore, the article discusses other methods for the objective determination of sexual orientation.

Keywords: Phallogometry, sex offender, pedophilia, diagnostics, therapy, relapse prevention

Zusammenfassung

Die Phallometrie oder auch Penisplethysmographie ist eine Messmethode, mit der Umfangs- oder Volumenänderungen des männlichen Gliedes in Reaktion auf visuelle und/oder akustische sexuelle Stimuli gemessen werden können. Sie wurde in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelt, um eine möglichst „objektive Messung“ der seinerzeit noch pönalisierten homophilen Orientierung zu ermöglichen. Sie wurde inzwischen vor allem in Nordamerika weiterentwickelt und findet unter anderem Anwendung in der Diagnostik, Prognose und Therapie von Sexualstraftätern. In Deutschland wurde die Phallometrie nach ihrer Einführung Anfang der 70er Jahre nie systematisch angewendet. Vor deutschen Gerichten ist ihre Anwendung sehr umstritten. Dementsprechend gibt es kaum deutsche Forschungsarbeiten zu dieser Methode. In diesem Artikel werden die Vor- und Nachteile dieser Methode sowie ihre möglichen Anwendungsgebiete erläutert. Des Weiteren

soll ein Überblick über andere Möglichkeiten zur objektiven Bestimmung der sexuellen Orientierung gegeben werden.

Schlüsselwörter: Phallometrie, Sexualstraftäter, Pädophilie – Diagnostik, Therapie, Rückfallprävention

Funktionsweise und Anwendungsgebiete der Phallometrie

Nicht nur bezüglich der Definition der Pädophilie, sondern auch hinsichtlich der Diagnostik dieser Störung ist das im internationalen Schrifttum beschriebene Vorgehen sehr inhomogen (Blanchard, in press, Blanchard et al., 2008, First, 2010, Frances & First, 2011, Green, 2010, Wollert & Cramer, 2011, Kutscher et al., 2011). Im englischsprachigen Raum gehört zur Standarddiagnostik von Sexualstraftätern der Einsatz von Fragebögen (Kutscher et al., 2011), die Selbstausskünfte des Probanden sowie die Messung von genitalen Erregungsmustern mittels Phallogometrie bzw. Penisplethysmographie (PPG) (Barbaree & Seto, 1997, Howes, 1995, Howes, 2009, Lalumière & Rice, 2007, Marshall, 2005). In Deutschland findet letztgenannte Methode fast keine Anwendung in der Einzelfalldiagnostik (Kutscher et al., 2011). Hierzulande stützt sich die Diagnostik auf Auskünfte der betreffenden Person sowie – sofern möglich – auf die Angaben signifikanter Dritter (Beier et al., 2005). Zudem gibt es zu einigen Fragebogenverfahren deutsche Übersetzungen (z.B. Deegener, 1996). Kingston und Mitarbeiter (2007) zeigten, dass verschiedene diagnostische Verfahren zu divergenten Ergebnissen führen und die Interkorrelation oft unzureichend ist. Auch in anderen Studien war die Interrater-Reliabilität bezüglich der Diagnose von Paraphilien mangelhaft (Levenson, 2004). Eine universell angewandte Definition und ein homogenes diagnostisches Vorgehen unter Ausnutzung aller Möglichkeiten sind in diesem Kontext somit dringend erforderlich. Die PPG kann wichtige Informationen liefern, die für die Sicherung einer (Verdachts-)Diagnose und für die Erstellung darauf aufbauender Therapiepläne entscheidend sein können. Sie stellt somit einen potentiell wichtigen Bestandteil der Diagnostik dar, der in Deutschland aktuell nicht genutzt wird.

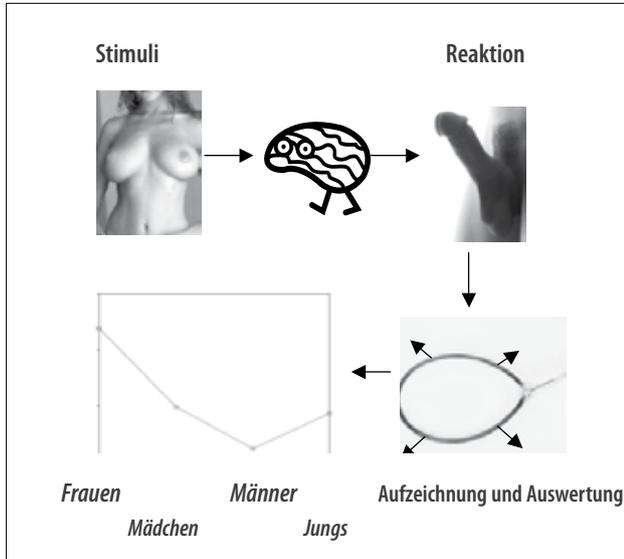


Abb. 1 Schematische Darstellung der Funktionsweise der Phallometrie

Die PPG ist eine psychophysiologische Methode, mit deren Hilfe penile Volumenveränderungen (Penisplethysmographie im engeren Sinne) oder Umfangsveränderungen (zirkumferentielle Phallometrie) in Reaktion auf verschiedene visuelle und/oder akustische sexuelle Stimuli gemessen werden können (vgl. Abb. 1).

Die Grundannahme besteht darin, dass der betreffende Mann auf die seiner sexuellen Orientierung entsprechenden Stimuli mit einer stärkeren Volumen- oder Umfangszunahme reagiert als auf jene Reize, die nicht seiner sexuellen Orientierung entsprechen. Anhand des Verhältnisses der genitalen Reaktionen auf verschiedene Reizklassen wird dann auf die sexuelle Erregung des Probanden und mittelbar auf seine sexuelle Orientierung geschlossen. Diese Methode basiert somit auf der *genital response* nach Singer (1984).

Ursprünglich von Freund in den 50er Jahren des 20. Jahrhundert entwickelt (Freund, 1957, Freund, 1991), um eine möglichst „objektive“ Messung der seinerzeit noch pönanisierten homosexuellen Orientierung zu ermöglichen, wird die PPG mittlerweile vor allem in Nordamerika zur (auch forensischen) Diagnostik von Sexualstraftätern, insbesondere von Kindesmissbrauchern (Howes, 1995), aber auch von Vergewaltigern (Clegg & Fremouw, 2009) eingesetzt.

Die penile Reaktion des Probanden kann während der Stimuluspräsentation mittels Zirkumferenz- oder Volumenphallometer aufgezeichnet werden. Bei der Zirkumferenzphallometrie (Bancroft et al., 1966, Barlow et al., 1970, vgl. Abb. 2a) finden Messschlaufen Anwendung, die der Proband selbstständig über seinen Penis legt. Der Stromfluss durch diese dehnungssensitiven Schlaufen ändert sich in Abhängigkeit vom Dehnungsgrad. Bei der

Abb. 2 Schematische Darstellung des Aufbaus von zirkumferentieller (a) und volumenplethysmographischer (b) Phallometrie

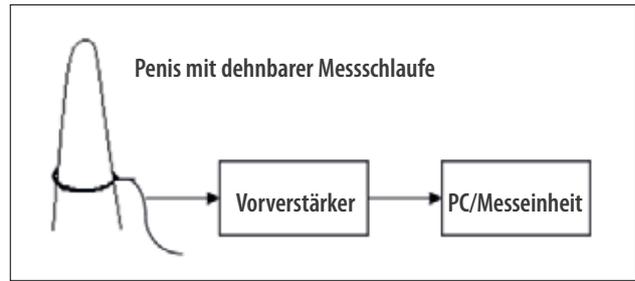


Abb. 2a Zirkumferentielle Phallometrie

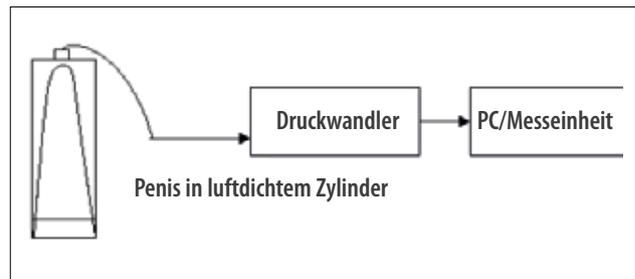


Abb. 2b Volumenpenisplethysmographie

Volumenphallometrie (Freund, 1963, vgl. Abb. 2b) wird ein luftdichter Glaskolben über den Penis des Probanden gestülpt. Hierbei muss der Versuchsleiter zugegen sein. Über einen Schlauch werden Änderungen im Luftdruck innerhalb des Kolbens, und somit Änderungen des Penisvolumens, gemessen. Diese Methode ist insbesondere bei geringen Reaktionen sensitiver als die Zirkumferenzphallometrie (Freund et al., 1974). Kuban und Mitarbeiter (1999) konnten zeigen, dass beide Methoden im Bereich starker Reaktionen eine hohe Korrelation von .997 aufweisen. Bei low-respondern¹ lag die Korrelation zwischen .0 und -.97. Trotz der höheren Genauigkeit der Volumenphallometrie wird die Umfangsmessung aufgrund ihrer leichteren Applizierbarkeit weit häufiger genutzt (Howes, 1995). Freund, Langevin und Barlow (1974) und Lykins und Mitarbeiter (2009) erhielten für die Übereinstimmung zwischen der Volumen- und der Zirkumferenzmethode Werte zwischen .415 und .690.

Zur Herbeiführung der penilen Reaktion werden dem Probanden sexuelle Stimuli verschiedener Reizkategorien präsentiert. Die Stimuluspräsentation kann hierbei über verschiedene Sinnesmodalitäten geschehen. Die üblichsten Präsentationsformen sind visueller und/oder auditiver Art (Howes, 1995). Abel und Mitarbeiter (1981) konnten zeigen, dass es in der Stärke der induzierten Erregung zwischen Fantasie-, Bild- und Tonmaterial

¹ Personen mit sehr geringen Reaktionen über die gesamte Messung.

(gesprochene Kurzgeschichten sexuellen Inhalts) keine Unterschiede gibt. Mithilfe der Präsentation pornographischer Videos lassen sich hingegen die stärksten Reaktionen hervorrufen (Abel et al., 1981). Dabei sollten homosexuelle Videos benutzt werden, da die Stimuli sonst nicht spezifisch genug sind. Eine aufkommende Erregung kann bei heterosexuellem Material nicht sicher einem Geschlecht zugeschrieben werden. Videos, in denen sexuelle Aktivitäten zwischen zwei (oder mehr) Männern bzw. Frauen dargestellt werden, sind zudem effektiver als Videos, die Personen bei der Masturbation zeigen (Rosenthal et al., 2011).

Wichtig bei der Interpretation der Erregungsmuster ist indes nicht die absolute Reaktion des Probanden auf eine oder mehrere Reizklassen, sondern die relative Reaktion bezüglich der verschiedenen Kategorien (Blanchard et al., 2009). Es wurde gezeigt, dass heteroteleophile Männer – also solche mit einer sexuellen Orientierung auf altersadäquate Frauen – genital nicht nur auf erwachsene Frauen reagieren, sondern auch substantiell auf peri- und teils auch auf präpuberale Mädchen (Freund, 1967, Freund & Costell, 1970, Lykins et al., 2009). Die Reaktion auf Männer und Jungen ist hingegen bei ihnen gering und unterscheidet sich meist nicht voneinander (Blanchard et al., 2010, Freund, 1967). Mittels PPG soll die sexuelle Orientierung (Bailey, 2009) auf ein oder mehrere Geschlechter und Altersbereiche (sexuelle Orientierung und sexuelle Ausrichtung nach Schaefer et al., 2010) gemessen werden. Eine PPG-Messung ist auch dann möglich, wenn eine sexuelle Orientierung auf andere deviante Reize vorliegt (Earls & Lalumière, 2009, sexuelle Neigung nach Schaefer et al., 2010).

Sexuelle Orientierung wird in diesem Artikel als ein multidimensionales Konzept aufgefasst, das sowohl die sexuelle Orientierung, Ausrichtung und Neigung nach Ahlers (2010) umfasst. Mittels PPG gemessene genitale Reaktionsmuster erfassen somit nur einen Teil der menschlichen Sexualität, nämlich die sexuelle Orientierung, nicht das sexuelle Verhalten oder die sexuelle Selbstdefinition. Es wird davon ausgegangen, dass die sexuelle Orientierung von psychosozialen Einflüssen spätestens ab der Pubertät unabhängig, zeitlich überdauernd (Freund & Blanchard, 1981) und auch durch therapeutische Maßnahmen nicht änderbar (Marshall & Fernandez, 2003) ist. Der Umgang (strafrechtlich relevantes Ausleben der Neigungen und/oder Leidensdruck) mit einer gegebenenfalls diagnostizierten sexuellen Devianz kann mittels PPG nicht erfasst werden. Somit kann anhand dieser Methode lediglich ein paraphiles Erregungsmuster im Sinne einer sexuellen Orientierung, nicht aber eine störungswertige Paraphilie (sog. Paraphilic Disorder im Sinne der in Arbeit befindlichen DSM-V-Kriteriologie, Blanchard, 2010) diagnostiziert werden.

Hauptaugenmerk dieser Arbeit ist die Verwendung der PPG im Kontext von Pädophilie und Pädosexualität. Im Folgenden wird nur einen Überblick über die Methode mit ihren Stärken und Schwächen gegeben. Für einen detaillierteren Überblick über die Vor- und Nachteile verschiedener Arten der Datenerfassung und -auswertung sowie alternative Messtechniken ist an entsprechender Stelle auf andere Arbeiten verwiesen.

Die PPG kann wichtige Informationen in Bezug auf Diagnostik, Prognose und Therapieplanung liefern. Es ist vor einer Sexualstrafätertherapie entscheidend festzustellen, ob entsprechende Taten aufgrund einer paraphilen Motivation begangen worden sind oder ob hierfür andere Gründe ausschlaggebend waren. Schätzungen zufolge weisen nur circa 50% aller im Hellfeld erfassten Kindesmissbraucher eine pädophile Orientierung auf (Bosinski, 1997, Schaefer et al., 2010). Bei der anderen Hälfte der Täter handelt es sich um Ersatz- oder Gelegenheitstäter, die – aus welchen Gründen auch immer – das Kind als Ersatz für eigentlich gewünschte sexuelle Kontakte zu Erwachsenen nehmen oder (beispielsweise aufgrund einer dissozialen Persönlichkeit) ihre Macht über Kinder sexualisieren. Selbst bei Personen, die drei oder mehr Übergriffe auf Opfer im Alter von 14 Jahren oder jünger begangen haben, sind einer Studie zufolge etwa 10% der Täter durch Selbstauskünfte *und* phallometrische Messung nicht als pädophil, sondern als teleiophil (sexuell auf Erwachsene orientiert) klassifiziert worden (Blanchard, in press). Für die Opfer macht diese motivationale Differenzierung keinen Unterschied, wohl aber für die Therapie und Prognose der Täter: Pädophil motivierte Täter bedürfen einer anderen Behandlung als Ersatz- oder Gelegenheitstäter. Eine pädophile Orientierung gilt als einer der stärksten Prädiktoren für einschlägige Rückfälligkeit (Hanson & Bussière, 1998, Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Pädophil motivierte Täter werden mit einer einschlägigen Rückfälligkeit im Hellfeld von etwa 40 bis 50% in etwa doppelt so häufig rückfällig wie Sexualstrafäter im Allgemeinen (Egg et al., 2001). Für die Diagnose einer pädophilen Orientierung kann die PPG neben den üblichen Erhebungsverfahren wichtige zusätzliche Informationen liefern. Bei der PPG ist man zudem nicht auf die Auskunftsbereitschaft bzw. -Fähigkeit des Probanden angewiesen. Somit können z.B. auch Sprachbarrieren überwunden werden, die eine Sexualanamnese erschweren. Auch eine ich-dyston verarbeitete Pädophilie kann so diagnostiziert werden. Auch bei Heranwachsenden und anderen Personen, die bis auf pädosexuelle Handlungen noch keine soziosexuellen Erfahrungen gesammelt haben, kann die PPG zusätzliche diagnostische Sicherheit liefern.

Grenzen der PPG

Variabilität der Anwendungsformen

Eine der größten Schwächen der PPG ist die extrem hohe Variabilität ihrer Anwendung (Howes, 1995):

(1) Die **Durchführungsobjektivität** wird durch die Vielzahl verschiedener Methoden, die bei einer PPG Messung zur Anwendung kommen, negativ beeinflusst. Bei der Bestimmung der Altersorientierung ist die Nutzung von Bildmaterial indiziert (Lalumière & Harris, 1998), da so der Entwicklungsstand der abgebildeten Personen besser dargestellt werden kann, als dies mit Altersangaben, wie sie bei auditiven Material vorgegeben werden, der Fall ist. Die Dauer der Präsentation der einzelnen Stimuli sowie deren Anzahl und Reihenfolge ist über die verschiedenen Labore nicht standardisiert (Howes, 1995, Lalumière & Harris, 1998). Dabei ist bekannt, dass die Reihenfolge, in welcher die Stimuli präsentiert werden, durchaus einen Einfluss auf die Stärke der Erregung hat (Freund & Costell, 1970, Kolarsky & Madlafousek, 1977). Bei auditiver Stimuluspräsentation unterscheidet sich das genutzte Material in seinem Standardisierungsgrad, der Präsentationsdauer und dem Inhalt. Ein Beispiel für ein stark standardisiertes Set, durch welches perfekte Klassifikationsergebnisse erzielt worden sind, ist das von Chaplin und Mitarbeiter (1995). Weit verbreitet ist wahrscheinlich ebenfalls das Set von Freund und Blanchard (1989), da nicht jedes Institut sein eigenes Set entwickelt (Howes, 1995). Ein weiterer Faktor, der die Messergebnisse beeinflussen kann, ist die Art der gegebenen Instruktion vor der Testung (Abel et al., 1981). Da sich der Aufbau verschiedener Stimulussets zwischen den Laboren erheblich unterscheidet (Howes, 1995), empfehlen Lalumière und Harris (1998) möglichst auf bereits evaluierte Stimulussets zurückzugreifen.

(2) Die **Auswertungsobjektivität** wird dadurch beeinträchtigt, dass unterschiedliche Arten der Datenauswertung genutzt werden. Die Messdaten können als Rohwerte (mm-, ml- oder mV-Schwankungen), als transformierte Werte (z.B. z-standardisiert) und/oder mit Hilfe relativer Indizes ausgewertet werden. Bei relativen Indizes wird die mittlere (oder maximale) Reaktion auf deviante Reizklassen durch die mittlere Reaktion auf nicht-deviante Reizklassen dividiert (Verhältnisindex) oder subtrahiert (Differenzindex). Lalumière und Harris (1998) schlagen bei Verhältnisindizes einen *Cut off* Wert von 1.0 vor, ab dem von einem devianten Reaktionsmuster gesprochen werden kann. Bei Differenzindizes schlagen sie einen *Cut off* Wert von .0 vor. Earls, Quinsey und Castonguay (1987) sowie Harris und Mitarbeiter (1992)

schlussfolgerten aufgrund ihrer Ergebnisse, dass mittels z-transformierter Rohwerte die höchste Messgenauigkeit erreicht wird. Barbaree und Mewhort (1994) meinen hingegen, dass diese Art der Datentransformation die Ergebnisse verzerren und die Power anschließender Tests senken könne. Ebenfalls benutzt wird der so genannte *percent of full erection score* (PPE, Launay, 1994). Um dieses Maß verwenden zu können, ist es notwendig, dass der Proband bei zumindest einem Stimulus eine vollständige Erektion erreicht. Dies dient dann als Richtwert um abzuschätzen, zu viel Prozent der Penis während der anderen Stimuli erigiert war. Auch dieses Maß ist allerdings umstritten (Walter & Schouten, 1993). Sollen die Messergebnisse verschiedener Personen verglichen werden, ist es wichtig, eine geeignete Datentransformation durchzuführen, um die interpersonelle Varianz zu reduzieren, so dass ein interpersoneller Vergleich ermöglicht wird (Howes, 1995).

Ein weiterer Punkt, der sich zwischen den verschiedenen Instituten unterscheidet, betrifft den Umgang mit low-respondern (Seto & Kuban, 1996). Schon Freund (1963) vermutete, dass es bei low-respondern gehäuft zu falschen Zuweisungen der sexuellen Orientierung kommen kann. Harris und Mitarbeiter (1992) haben in ihrer Arbeit allerdings keine Erhöhung der Testgütekriterien nach einem Ausschluss von low-respondern nachweisen können. Verschiedene Autoren haben minimale Reaktionskriterien vorgeschlagen, die nicht unterschritten werden sollten, um eine valide Auswertung der Messdaten zu ermöglichen (Howes, 2003, Kuban et al., 1999, Lykins et al., 2009). Je nach Studie unterschreiten etwa 20% aller Personen das geforderte Mindestkriterium, so dass keine Auswertung der entsprechenden Fälle möglich ist (Farrell & Card, 1988, Proulx et al., 1994). Andere Forscher hingegen behaupten, dass alle Erregungsprofile auswertbar sind, sofern die Reaktion auf mindestens eine sexuelle Reizklasse größer ist, als auf die neutralen Stimuli, unabhängig von der absoluten Reaktion (Quinsey et al., 1981).

(3) Die **Interpretationsobjektivität** wird dadurch vermindert, dass eine willentliche Beeinflussung der Messung einer großen Zahl von Personen möglich ist (Freund, 1961). Eine Verfälschung der Ergebnisse ist unter anderem durch kognitive Prozesse möglich (Laws & Rubin, 1969, Wilson, 1998). Einer solchen Beeinflussung der Ergebnisse kann mittels der so genannten *semantic tracking task* (STT) vorgebeugt werden (Harris et al., 1999, Proulx et al., 1993, Quinsey & Chaplin, 1988). Bei der STT wird der Proband aufgefordert, während er sexuelle Kurzgeschichten präsentiert bekommt, Tasten zu drücken, die verschiedenen Kategorien von Verben zugeordnet sind. Somit ist gewährleistet, dass der Proband sich auf die relevanten Aspekte der Geschichte konzen-

triert und diese kognitiv verarbeitet. Tut er dies nicht, spiegelt sich dies in einer erhöhten Fehlerzahl wieder.

Neben kognitiven Methoden der Ergebnisbeeinflussung sind auch Verfälschungen durch das willentliche Anspannen verschiedener Muskelgruppen möglich (Wilson, 1998). Diese Kontraktionen führen nur zu kurzen Messausschlägen, welche Freund und Mitarbeitern (1988) zufolge nach optischer Inspektion der Ergebnisse erkennbar sind. Diese dissimulierten Ergebnisse sollten dann nicht weiter ausgewertet werden.

Neben sexuellen Kategorien ist ebenfalls die Darbietung neutraler Stimulusklassen (üblicherweise von Landschaftsaufnahmen bzw. das Darbieten von Geschichten, die asexuelle Interaktionen schildern) wichtig (Wilson, 1998), da es Freund und Mitarbeitern (1988) zufolge ein weiterer Hinweis auf Verfälschungstendenzen ist, wenn die stärkste genitale Reaktion bei den nicht-sexuellen Stimuli auftritt.

Einen weiteren Ansatz zur Kontrolle von Manipulationen hat Wilson (1998) vorgeschlagen. Er konnte zeigen, dass andere physiologische Maße (Fingerpuls und Atemfrequenz) nur dann positiv mit einer Volumenzunahme korreliert waren, wenn die Probanden aufgefordert waren, die Ergebnisse zu verzerren. Vor jeder Messung sollte zudem eine Kalibrierung der Methode stattfinden (Launay, 1999), um eine Umrechnung der Ergebnisse in ml bzw. cm durchführen zu können. Dies dient dazu, die Stärke der Reaktionen quantifizieren zu können und gegebenenfalls, um low-responder auszuschließen. Einen detaillierten Überblick über die Diversität bezüglich der PPG-Diagnostik geben Beech und Mitarbeiter (2009). Wiederholt wurde auf die Methodendiversität hingewiesen (Clegg & Fremouw, 2009, Howes, 1995, Launay, 1999, Maletzky, 1995), welche eine Vergleichbarkeit von Studien erschwert. Bisherige Versuche einer Standardisierung sind gescheitert (Laws et al., 1995).

Messgenauigkeit

In einer Vielzahl von Studien wurde die Messgenauigkeit der PPG bei der Diagnostik der Pädophilie untersucht (Abel et al., 1981, Becker et al., 1992, Blanchard et al., 2001, Chaplin et al., 1995, Day et al., 1989, Fernandez, 2000, Frenzel & Lang, 1989, Freund & Blanchard, 1989, Freund et al., 1979, Freund & Watson, 1991, Harris et al., 1992, Kingston et al., 2007, O'Donohue & Letourneau, 1992, Seto et al., 2000, Wormith, 1986). Dies geschah, wie oben beschrieben, unter hoher Methodendiversität, was die unten dargestellten inhomogenen Befunde entscheidend mitbedingt. Da dieser Artikel sich auf die Messung der sexuellen Altersorientierung kapriziert, sollen weitere Anwendungsfelder nicht vertieft erläutert werden.

Zum Einsatz der PPG im Kontext von Vergewaltigungen sei auf andere Übersichtsarbeiten (Clegg & Fremouw, 2009, Lalumière & Quinsey, 1994) verwiesen.

Bei diagnostischen Tests setzt sich die **Validität** aus Spezifität und Sensitivität (Blanchard et al., 2001) zusammen. Die **Sensitivität** entspricht dem Prozentsatz von Merkmalsträgern (z.B. Pädophilen), die korrekt als solche von dem Test klassifiziert werden. Die **Spezifität** bezeichnet den Prozentsatz von Nicht-Merkmalsträgern (z.B. Teleiophilen), die von dem Test als solche erkannt werden. Bei Testverfahren, bei denen ein falsch positives Ergebnis schwerwiegende Konsequenzen hat, ist eine möglichst hohe Spezifität anzustreben, auch wenn dies zu Lasten der Sensitivität geht. So wird bei der Verwendung der PPG dazu geraten, konservative Cut-off Werte zu nutzen (Lalumière & Harris, 1998), was zu geringeren Kennwerten der Sensitivität führt.

Die Autoren der oben genannten Studien errechneten Spezifitäten von 78% (Kingston et al., 2007) bis 100% (Chaplin et al., 1995). Für die Sensitivität wurden Werte von 42% (Seto & Lalumière, 2001) bis 100% (Chaplin et al., 1995) erreicht. Die Rate korrekter Klassifikationen wird zwischen 80% und 96% geschätzt, sofern als Experimentalstichprobe Pädophile genommen werden, die ihre sexuelle Neigung eingestehen (*admitter*). Werden hingegen *non-admitter*² genommen, so sinkt die Schätzung der Spezifität (O'Donohue & Letourneau, 1992). Die Schätzung der Messgenauigkeit von PPG-Messungen hängt dann nicht ausschließlich von der PPG, sondern auch von der Güte des klinischen Urteils ab. Dies führt in entsprechender Höhe zu einer Absenkung der berechneten Kennwerte, wenn das klinische Urteil fehlerbehaftet ist. Gleiches gilt für die Sensitivität, wenn sich in der Kontrollgruppe (die ausschließlich aus Nicht-Merkmalsträgern bestehen sollte) Personen mit substantieller pädophiler Ansprechbarkeit befinden. Legt man Schätzungen zu Grunde, wonach circa ein Prozent der Gesamtbevölkerung mindestens eine pädophile Ansprechbarkeit aufweist (Beier, 2006), stellt dies eine Problematik für Eichmessungen dar, vor allem, wenn davon ausgegangen werden kann, dass nur wenige dieser Personen gewillt sind, entsprechende Neigungen offen zu legen (Beier et al., 2005). Da die oben referierten Kennwerte fast gänzlich mithilfe forensischer Stichproben erhoben wurden, sind sie als konservative Schätzung der ermittelten Kennwerte anzusehen (Blanchard et al., 2001).

Zahlen zur **Reliabilität** der PPG sind seltener erhoben worden. Die Reliabilität ist ein Maß für die Verlässlichkeit wissenschaftlicher Tests. Sie stellt den Anteil der Varianz dar, der auf das zu messende Merkmal zurück-

² Personen, die keine pädophile Neigung angeben, aber als pädophil eingeschätzt worden sind.

zuführen und nicht durch Messfehler bedingt ist. Die Reliabilität eines Tests kann zwischen .0 und bestenfalls 1.0 liegen. Es werden dabei verschiedene Methoden zur Abschätzung der Messgenauigkeit unterschieden. Bei der **Retest-Reliabilität** wird, bei Konstanz des zu messenden Merkmals, die Übereinstimmung zwischen zwei Messzeitpunkten berechnet. Sie gibt den Grad der Übereinstimmung zwischen den Messzeitpunkten an. Bei der **Split-Half-Reliabilität** wird getestet, wie hoch die Übereinstimmung von zwei Testhälften desselben Verfahrens ist. Die **interne Konsistenz** stellt hiervon ein Spezialfall dar. Hierbei wird jedes Item (hier: genitale Reaktion auf jeweils einen Stimulus) als Paralleltest aufgefasst.

Für die Split-Half-Reliabilität wurden Werte von .4 bis .84 (Fernandez, 2000), für die Retest-Reliabilität von .13 (Fernandez, 2000) bis .86 (Frenzel & Lang, 1989) berichtet. Die Kennwerte für die interne Konsistenz variierten zwischen .42 (Wormith, 1986) und .95 (Day et al., 1989). Launay (1999) zufolge ist die Test-Retestreliabilität zumindest als akzeptabel zu beurteilen. Seto (2007) hingegen schreibt, dass die PPG aufgrund mangelhafter Reliabilitätskennwerte zu Recht in der Kritik steht. Einen ausführlichen Überblick über die Messgenauigkeit der PPG geben O'Donohue und Letourneau (1992). Die Werte für Reliabilität und Validität sind in Tabelle 1 überblicksartig zusammengefasst (vgl. Tab. 1).

Es ist entscheidend herauszustellen, dass in den oben genannten Studien nicht die Validität bzw. Reliabilität der PPG bestimmt wurde, sondern die Validität bzw. Reliabilität der benutzten Stimulussets und Rahmenbedingungen. Der Plethysmograph misst zuverlässig Umfangs- bzw. Volumenveränderungen und ist relativ unabhängig von äußeren Störeinflüssen, wie z.B. der Temperatur (Earls, 1981). Die entscheidende Frage ist, ob mit geeigneten Stimuli bei bestimmten Personengruppen zuverlässig ein differenziertes Erregungsmuster induziert werden kann, welches, gemessen durch die PPG, Rückschlüsse auf die sexuelle Orientierung erlaubt.

Tab. 1: Übersicht über die Validität und Reliabilität der PPG

		minimal	maximal
Validität (in Prozent)	Spezifität	78	100
	Sesitivität	42	100
Reliabilität	Split-Half	.4	.84
	Interne Konsistenz	.13	.86
	Retest	.42	.95

Entscheidend sind demzufolge optimale Messbedingungen, um valide und reliable Messergebnisse zu erzielen. Einen Einfluss haben kann, neben den oben erwähnten Aspekten, auch das Alter der Probanden (Blanchard & Barbaree, 2005). Es sind dringend weitere experimentelle Studien erforderlich, um bedeutsame Einflüsse auf die Reliabilität und Validität auszumachen und im zweiten Schritt einen konsequenten Ausschluss von Messfehlerquellen zu ermöglichen.

Mögliche Einsatzgebiete der PPG

Hierzulande werden der PPG sowohl in der Forschung als auch im juristischen Kontext mangelnde Verlässlichkeit und ein Verstoß gegen die Menschenwürde vorgeworfen. Fiedler (2004, 193) schreibt, dass alle Übersichtsarbeiten „zu dem Schluss kommen, dass sich die PPG nicht als Diagnoseinstrument zur Bestimmung einer im Einzelfall vorliegenden Paraphilie eignet.“ Lalumière und Quinsey (1994, 171) betonen im Fazit ihrer Metaanalyse hingegen „[that] The results of the present study support the use of phallometric assessment in identifying treatment needs and assessing the risk of recidivism among identified rapists [...]“. Auch Hughes (2007, 677) kommt in seinem Review über die Anwendbarkeit der PPG zur Diagnostik von Pädophilie zu dem Schluss, „[that] The proper identification of a pedophile can often be determined by phallometric tests.“ In einer Reihe von Studien konnten mithilfe dieser Methode Erkenntnisse auf dem Bereich der menschlichen Sexualität gewonnen werden (siehe z.B. Bailey, 2009, Blanchard et al., 2002, Blanchard et al., 2010, Lalumière & Quinsey, 1994). Blanchard und Mitarbeiter (2008) konnten auf Gruppenebene zwischen sechs verschiedenen Altersorientierungen diskriminieren. Zumindest eine Anwendung in der Forschung ist somit zu befürworten. Mögliche Forschungsgebiete ergeben sich unter anderem im Bereich:

- (1) devianter und nicht-devianter Erregungsmuster,
- (2) deren Entstehung sowie
- (3) der Verbesserung der PPG-Technik zur Einzelfalldiagnostik.

Bis Anfang der 1970er Jahre fand die PPG Anwendung vor deutschen Gerichten, um die sexuelle Orientierung von Personen zu bestimmen (Schorsch & Pfäfflin, 1985). Im Laufe der Jahre gab es hierzu folgende Gerichtsurteile (siehe auch Schneider, 2010):

1973 fällte das OLG Düsseldorf (5.4.1973, 3 Ws 35/73) das erste Urteil zur Verwertbarkeit von PPG-Messergeb-

nisse vor deutschen Strafgerichten. Das OLG Düsseldorf kam zu dem Schluss, dass eine solche Messung aufgrund ihrer Manipulierbarkeit nicht als Indikator für eine Entlassung aus der Sicherungsverwahrung dienen kann. Die Verwendbarkeit der PPG an sich wurde dabei nicht in Frage gestellt.

Im Jahre 1977 beschäftigte sich das LG Hannover (19.1.1977, 31 Qs 154/76) erneut mit der PPG. Dabei ging es um das Honorar eines Sachverständigen. Dieses sollte ihm für die Erstattung des Gutachtens verwehrt werden, da die zur Anwendung gekommene PPG in diesem Fall nicht angebracht sein sollte. Der Klage des Sachverständigen gab das LG Hannover recht und verwies darauf, dass die *„Phallometriemethode zur Beurteilung der sexuellen Orientierung eines Sexualstraftäters, der Rückfallprognose und insbesondere der therapeutischen Möglichkeiten für wertvoll und rechtlich zulässig [angesehen wird], sofern – wie hier der Fall – die ausdrückliche und in ihrer Bedeutung anerkannte Einwilligung des Betroffenen vorliegt“*. Das Gericht verglich die Teilnahme an einer PPG-Untersuchung mit der Teilnahme an einem psychoanalytischen Interview. *„Zur Aufdeckung des Intimbereiches führt eine solche Mitwirkung an einer Phallometrie im Übrigen ebenso, wie es bei einem psychoanalytischen Gespräch der Fall sein würde“*. Auch die Menschenwürde sei laut Urteil nicht als gefährdet anzusehen, sofern der Proband während des Anlegens der Messschlaufe sowie während der gesamten Messung alleine ist und die Möglichkeit habe, die Messung jederzeit abzubrechen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist dem Urteil zufolge, dass die PPG – im Gegensatz zur Polygraphie – nicht zur Feststellung von Schuld verwendet wird. Dieser Fall wurde in den öffentlichen Medien keinesfalls unkritisch diskutiert (Mauz, 1976).

Es ist nicht nachvollziehbar, seit wann und warum genau die PPG im juristischen Kontext nicht mehr genutzt wird. Mutmaßlich hat die Publikation von Schorsch und Pfäfflin (1985) wesentlich hierzu beigetragen. Ihre Kritik fußt unter anderem auf der Annahme, dass mittels PPG nur eine situative Ansprechbarkeit gemessen wird. Geht man allerdings bei der sexuellen Orientierung von einem stabilen Merkmal aus, dass sowohl Prognose als auch Therapieoptionen wesentlich beeinflusst, so stellt sich die Situation anders dar. Mittlerweile zählt einigen Juristen zufolge die PPG gemäß § 136 a StPO zu den verbotenen Beweismitteln (Schneider, 2010). Dies scheint allerdings nur dann der Fall zu sein, wenn sie zur Messung der sexuellen Orientierung genutzt werden soll.

Erst 2004 sollte die Methode genutzt werden, um eine fraglich rein organisch bedingte erektile Dysfunktion eines 81jährigen Angeklagten zu untersuchen. Dies sollte mittels Überwachung der nächtlich auftretenden Spontanerektionen geschehen. Hierfür sollte eine dreitä-

gige stationäre Unterbringung gegen den Willen des Angeklagten verfügt werden. Das OLG Köln befürwortete am 09.03.2004 (2 Ws 32/04) diese Untersuchung, da sie, sofern die körperliche Unversehrtheit des Angeklagten gewährleistet sei, nicht gegen die Menschenwürde verstoße. Dem widersprach das Bundesverfassungsgericht am 21.05.2004 (2 BvR 715/04), da es die Untersuchung in diesem Fall als unverhältnismäßig im Sinne des § 81 StPO ansah.

Demzufolge scheint eine Anwendung der PPG im erkennenden Verfahren prinzipiell möglich, sofern bestehende Rechtsvorschriften eingehalten werden. Um die erhaltene Erektionsfähigkeit mittels PPG zu testen (wozu die Methode allerdings nicht entwickelt worden ist und es in der Urologie bessere Verfahren geben dürfte), ist demnach sogar eine Untersuchung gegen den Willen des Angeklagten denkbar. Das OLG Köln (09.03.2004, 2 Ws 32/04) ist der Meinung, dass diese Methode dann gegen die Menschenwürde verstoße, wenn der Proband während der Messung sexuelle Stimuli betrachte – sie also zur Messung der sexuellen Orientierung eingesetzt wird – da dies die freie Willensentschließung und –betätigung einschränke. Bemerkenswert ist dabei, dass diese Einschätzung damit begründet wird, da *„Hierdurch [...] der Wahrnehmung sonst verborgene Wünsche und innere Vorgänge des Betroffenen erforscht [werden], ohne dass dieser hierauf Einfluss hat.“* Hierzu wird ein Vergleich mit dem Polygraphen angestellt, der ebenfalls dazu dienen einen *„Einblick in die Seele“* des Angeklagten zu ermöglichen. Es kommt also zu einem direkten Vergleich zwischen PPG und Polygraphen. Das OLG Köln verweist darauf, dass der Polygraph nach neuer Rechtsprechung (BGH StV 17.12.1999, 74) nicht mehr gegen § 136 a StPO verstößt. Eine Verwendung des Polygraphen ist allerdings erst dann möglich, wenn dieser hinreichend valide ist, was nach Ansicht des BGH noch nicht der Fall sei (Offe & Offe, 2001). Deshalb fällt die Polygraphie unter das Beweismittelverwertungsverbot im Sinne des § 244 Abs. 3 StPO. Eine Änderung dieser Sachlage scheint möglich, sofern eine hinreichende Zuverlässigkeit des Polygraphen wissenschaftlich als belegt gilt.

Dies lässt ein Vergleich zwischen Polygraph und PPG irritierend erscheinen. Während ersterer nach §244 StPO unter das Beweismittelverbot fällt, da er nicht hinreichend valide ist, handelt es sich bei der PPG um ein verbotenes Beweismittel gemäß §136 StPO, weil sie gegen die Menschenwürde verstößt. Eine Gleichsetzung beider Methoden – sofern die PPG zur Messung der sexuellen Orientierung eingesetzt wird – scheint durchaus logisch, aus juristischer Sicht aber momentan nicht gegeben. Eine Klärung dieser Lage ist wünschenswert. Eine Anwendung im juristisch-forensischen Kontext scheint momentan somit nur bedingt möglich. Eingesetzt wurde sie

in der Sektion für Sexualmedizin bereits zur Klärung einer eventuell vorliegenden Pädophilie während eines erkennenden Verfahrens unter Zustimmung des Gerichts und des Angeklagten. Denkbar wäre die PPG in diesem Kontext unter anderem zur:

- (1) Sicherung eventuell vorliegender Diagnosen
- (2) Erstellung eines Therapieplanes und
- (3) Prognosestellung, sofern der Proband und das Gericht der Messung mittels PPG zustimmen.

In einer ersten Pilotstudie (Pohl, 2009) konnten bei der Messung der sexuellen Orientierung mittels PPG gute Ergebnisse erzielt werden. An der Studie nahmen 20 Hetero- und 20 Homoteleophile sowie 5 pädophile Admitter teil. Es wurde ein eigens hierfür entwickeltes visuelles und audiovisuelles Stimulusset genutzt, welches den Probanden an zwei separaten Messzeitpunkten präsentiert wurde. Dieses Kieler Stimulusset wies eine interne Konsistenz zwischen .95 und .98 auf. Die geforderten Mindestwerte für veröffentlichte Testverfahren (Aron et al., 2006) konnten demnach erreicht werden. Basierend auf beiden Messzeitpunkten wurde, ohne low-responder auszuschließen, mittels Diskriminanzanalyse eine Spezifität sowie eine Sensitivität von 100% erreicht. Wurde die Klassifikation auf der Grundlage nur eines Messtermins durchgeführt, ergaben sich geringfügig schlechtere Kennwerte (Sensitivität mindestens 75%, Spezifität mindestens 92.5%). Aufgrund der geringen Anzahl pädophiler Probanden sind diese Zahlen allerdings als vorläufige grobe Richtwerte zu betrachten. Eine Replikation dieser Studie unter Verwendung einer größeren Stichprobe ist dringend erforderlich. Sollten sich die Ergebnisse bezüglich der genutzten Stimulussets mit einer größeren (pädophilen) Stichprobe bestätigen lassen, würde dies eine Anwendung der PPG in der Einzelfalldiagnostik durchaus rechtfertigen. Dies könnte prinzipiell unter anderem vor der Therapie von Sexualstraftätern sowie im Kontext von Dunkelfeld-Projekten (Beier et al., 2009b) geschehen. Die PPG kann bei folgenden Aufgaben hilfreich sein:

- (1) Ergänzung der Diagnostik um weitere Informationen und Erstellung eines daran orientierten Therapieplans,
- (2) dem Patienten seine sexuelle Orientierung veranschaulichen,
- (3) eine Psychoedukation erleichtern und gegebenenfalls somit die Motivation des Patienten erhöhen.

Alternative Methoden

Eine andere Möglichkeit zur Messung der sexuellen Orientierung stellen aufmerksamkeitsbasierte Ansätze dar. Diese Methoden basieren auf der Annahme, dass Reize, die der eigenen sexuellen Orientierung entsprechen, einen höheren Aufforderungscharakter besitzen als Reize, die Personen des nicht-präferierten Geschlechtes oder Altersbereiches darstellen. Daher beanspruchen der sexuellen Orientierung kongruente Reize einen größeren Teil der Aufmerksamkeitskapazität. Da die Aufmerksamkeitsspanne und -kapazität begrenzt ist (Broadbent, 1958), wird angenommen, dass die Wahrnehmung sexueller Reize die Verarbeitung anderer Prozesse behindert (Hoffmann et al., 2004). Dies führt zu längeren Reaktionszeiten (Geer & Bellard, 1996) oder mehr Fehlern bei Gedächtnisaufgaben, bei denen die Zeit begrenzt ist (Raymond et al., 1992, Shapiro et al., 1994). Demzufolge soll die sexuelle Orientierung mittels längerer Reaktionszeiten oder einer erhöhten Fehlerzahl bei sexuell präferierten Reizen im Vergleich zu nicht-präferierten Reizen gemessen werden können. Diese Methoden setzen an der *aesthetic response* (Singer, 1984) an.

Harris, Rice und Chaplin (1996) schlagen vor, die Zeit, die ein Proband einen Stimulus bei der Durchführung einer Bewertungsaufgabe betrachtet, als Indikator für seine sexuelle Orientierung heranzuziehen. Bei dieser Methode werden den Probanden Bilder von nackten Personen gezeigt. Der Proband soll bewerten, wie attraktiv er die Personen findet. Die abhängige Variable ist nicht das Attraktivitätsrating, sondern die Zeit, die der Proband braucht, um ein Urteil zu fällen. Es konnte gezeigt werden, dass mithilfe dieser Methode sowohl zwischen Pädophilen und Teleophilen, als auch zwischen Kindesmissbrauchern mit männlichen und solchen mit weiblichen Opfern unterschieden werden kann (Seto, 2007).

Eine Weiterentwicklung dieser Methode stellt das *Choice Reaction Time Paradigma* dar. Hierbei werden dem Probanden Bilder von nackten und angezogenen Personen beiderlei Geschlechter und verschiedener Altersstufen gezeigt. Ein Punkt erscheint an einer von fünf möglichen Positionen auf dem Bild und der Proband soll diesen so schnell wie möglich mittels Tastendruck lokalisieren. Dies beansprucht bei sexuell präferierten Stimuli mehr Zeit als bei nicht präferierten Stimuli (Santtila et al., 2009, Wright & Adams, 1994, Wright & Adams, 1999).

Beim *Rapid Visual Serial Presentation Paradigma* werden in schneller Abfolge zwölf Bilder präsentiert. Jeder Durchgang enthält zwei durch schwarze Rahmen markierte Zielreize, die sich die Person merken soll. Anschließend soll sie angeben, um welches Geschlecht und Alter es sich bei den Zielreizen gehandelt hat. Die Erinne-

rung an den Zielreiz ist dabei schlechter, wenn direkt vor diesem ein zur sexuellen Orientierung kongruentes Bild präsentiert worden ist.

Mittels dieser beiden Methoden konnten auf Individualebene sowohl hetero- von homophilen Probanden (Shapiro et al., 1994) als auch Kindesmissbraucher von Gewaltstraftätern hinsichtlich ihrer sexuellen Orientierung unterschieden werden (Beech et al., 2008, Mokros et al., 2010). Mokros und Mitarbeiter (2010) erreichten dabei eine Sensitivität von 100% und eine Spezifität von 95%.

Bei aufmerksamkeitsbasierten Verfahren wurden teils computergenerierte Stimuli genutzt (Dombert et al., 2011). Somit können ethische Bedenken vermieden werden, die aufkommen mögen, wenn man Pädophilen Nacktbilder von realen Kindern zeigt. Die aufmerksamkeitsbasierten Methoden sind allerdings empirisch noch nicht ausreichend untersucht. In weiteren Studien müssen sie ihre Eignung für die klinische Diagnostik unter Beweis stellen (Gress & Laws, 2009). Unterschiede zwischen den Populationen wurden oft nur auf Gruppenebene nachgewiesen. Eine Differenzierung zwischen Pädophilen und Teleiophilen wurde ebenfalls noch nicht erreicht; die Untersuchungsgruppen bestanden bisher lediglich aus Kindesmissbrauchern und Gewaltstraftätern. Ob bei den Kindesmissbrauchern eine pädophile Orientierung vorlag, ist in den entsprechenden Artikeln nicht immer erwähnt worden. Fraglich ist weiterhin, inwieweit diese Methoden verfälschungssicher sind, wenn den Testpersonen das Prozedere und die abhängigen Variablen bekannt sind. Eine ausführliche Übersicht über aufmerksamkeitsbasierte Verfahren liefern Gress und Laws (2009).

Eine viel versprechende neue Methode ist der modernen Neurowissenschaft zu verdanken. Es wird auch hier versucht die sexuelle Orientierung der Probanden anhand ihrer Reaktionen auf verschiedene Reizklassen zu messen. Diesmal setzt die Messung allerdings nicht in der Peripherie (am Penis), sondern zentralnervös (am Gehirn) an. Diese Methode setzt mutmaßlich ebenfalls an der *aesthetic response* (Singer, 1984) an. Ponseti und Mitarbeiter (2009) konnten mittels funktionaler Magnetresonanztomographie (fMRT) die sexuelle Orientierung der Versuchspersonen feststellen. Hierzu wurden hetero- und homoteleiphilen Männern Bilder von männlichen und weiblichen erregten Genitalien präsentiert. Anhand ihrer Hirnaktivitäten während der Präsentation war es mittels Diskriminanzanalyse mit einer Sensitivität von 92% bzw. 88% und einer Spezifität von 85% bzw. 92% (je nach Klassifikationsalgorithmus) möglich, die Gruppenzugehörigkeit vorherzusagen. In einer Folgestudie (Ponseti et al., 2011) wurden pädophile Probanden miteinbezogen. Das Stimulusset wurde hierfür entsprechend

modifiziert. Die Autoren erreichten eine Spezifität von 100% und eine Sensitivität von 88%. Ein Vorteil dieser Methode ist es, dass die Stimuluspräsentationsdauer nur eine Sekunde je Reiz betrug. Dies lässt eine willentliche Beeinflussung der Messergebnisse unwahrscheinlich erscheinen. Darüber hinaus dürfte diese Methode weniger ethische Bedenken provozieren. Der Nachteil dieser Methodik ist, dass eine Messung mittels MRT zurzeit noch zu kostenintensiv ist, als dass sie routinemäßig eingesetzt werden könnte. Sollte sich dieser Faktor entscheidend ändern, ist eine Einführung der fMRT-Technik zur Diagnostik pädophiler Männer aufgrund der oben genannten Ergebnisse vorläufig als gerechtfertigt einzuschätzen.

Fazit

Nach den oben referierten Studienergebnissen sind bei der Anwendung der PPG folgende Schwächen zu beachten: (1) ethische Bedenken, (2) mangelhafte Standardisierung, (3) die Möglichkeit der Verfälschung der Messung seitens des Probanden und eine oft (4) hohe Rate an low-respondern.

(1) Bezüglich ethischer Bedenken ist es wichtig, nicht weiter in die Intimsphäre des Probanden bzw. Patienten einzudringen als unbedingt nötig. Dies kann gewährleistet werden, indem der Proband bzw. Patient während der Messung alleine in einem abgedunkelten Raum sitzt. Des Weiteren legt er das Messinstrument selbstständig an. Außerdem sollte der Grund für die Untersuchung dem Probanden schon vor Beginn verdeutlicht und eventuell auftretende Fragen geklärt werden. Wie Launay (1999) in seinem Review beschreibt, sind Gefangene oft eher zu einer Untersuchung mittels PPG zu bewegen als zu der Beantwortung psychologischer Fragebögen oder Interviews, da bei der PPG der Sinn und Zweck der Untersuchung verständlicher ist. Ethische Bedenken provoziert auch das Präsentieren nackter Kinderbilder. Hier kann die Computertechnik Abhilfe schaffen. Es erscheint durchaus möglich, realitätsnahe Bilder am Computer zu generieren und diese für die Stimuluspräsentation zu nutzen. Dies schlug bereits Seto (2007) vor.

(2) Vor einer regelhaften Anwendung sollten noch ungeklärte Fragen untersucht, und das Messprozedere standardisiert werden. Solange die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität nicht gewährleistet ist, bleibt die Methode anfällig gegenüber Kritik. Ohne eine ausreichende Objektivität lassen sich hinreichend gute Werte für Reliabilität und Validität nicht sicherstellen.

(3) Sofern nicht sicher von der kooperativen Mitarbeit der zu untersuchenden Person ausgegangen werden

kann, sollten geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um Verfälschungstendenzen zu minimieren bzw. im Nachhinein erkennen zu können. Nebst der Möglichkeit eine STT einzusetzen hat bereits Freund (1961) darauf hingewiesen, wie Verfälschungstendenzen, die durch Muskelanspannung verursacht worden sind, erkannt werden können.

(4) Aktuell befinden sich neue Methoden in der Erprobung, die die Rate an low-respondern senken sollen (Bradford et al., 2010, Kolla et al., 2009, Kolla et al., 2010). Es bleibt abzuwarten, ob diese Versuche geeignet sind das Problem zu minimieren, oder ob in Zukunft andere Lösungen gefunden werden können. Allein die Tatsache, dass es low-responder bei dieser Methode gibt, verbietet allerdings keinesfalls deren Verwendung. Es muss allerdings auf einen korrekten Umgang mit dieser Thematik acht gegeben werden.

Die oben genannten Schwachpunkte der PPG decken sich mit den meisten Kritikpunkten des Artikels von Marshall (2005), wenngleich die Arbeit zu einem anderen Schluss kommt. Auch Marshall (2005) erwähnt, dass in der Metaanalyse von Hanson und Bussière (1998) der Pädophilieindex der beste Prädiktor für einschlägigen Rückfall war, kommt gleichfalls zu dem Schluss, dass die PPG keine sinnvollen Informationen liefert, unter anderem da er davon ausgeht, jeder Kindesmissbraucher mit mehreren Opfern sei pädophil. Wie oben gezeigt, ist diese Annahme nicht korrekt. Des Weiteren ist sicherlich nicht jeder Kindesmissbraucher mit nur einem Opfer teilephil. Auch bedenkt Marshall (2005) nicht die Anwendung der PPG in anderen Kontexten, wie z.B. in Dunkelfeldprojekten (Beier et al., 2009a), wo fraglich pädophile Männer oft noch gar keine Opfer haben. Sicherlich ist die PPG eine Methode mit dezidierten Schwächen und sollte keinesfalls als einziges diagnostisches Instrument zur Entscheidungsfindung herangezogen werden. Sie gar nicht zu nutzen ist allerdings – vor allem in diagnostisch schwer einzuordnenden Fällen – fragwürdig.

Nach den ersten positiven Ergebnissen bezüglich der Validität und Reliabilität der Kieler Stimulussets ist der *vorläufige* Schluss gerechtfertigt, dass sich diese Sets sowohl in der Forschung als auch in der Einzelfalldiagnostik einsetzen lassen. Sollten in Folgestudien ähnlich gute Ergebnisse erzielt werden, wäre die PPG aus wissenschaftlicher Sicht als Diagnoseinstrument zur Messung der sexuellen Orientierung sowohl im therapeutischen als auch im juristischen Kontext (das Einverständnis des Gerichts und des zu untersuchenden Angeklagten vorausgesetzt) denkbar. Für einen Einsatz in der Einzelfalldiagnostik muss allerdings noch die Eignung anhand einer größeren pädophilen Stichprobe geprüft werden.

Allgemein kann die Anwendung der PPG als *zusätzliches* Instrument im therapeutischen *und* prognos-

tischen Kontext sowohl aus *wissenschaftlicher*, als auch aus *ethischer Sicht* als *gerechtfertigt* angesehen werden. In beiden Kontexten ist eine zuverlässige Entscheidung über die sexuelle Orientierung der Person nicht nur für sie selbst, sondern auch für Angehörige und eventuelle Opfer von großer Bedeutung. In der therapeutischen Arbeit mit Sexualstraftätern und Pädophilen können die Ergebnisse einer solchen Messung besprochen werden und der Psychoedukation sowie dem Motivationsaufbau dienen. Für eine Entscheidung, die nicht nur das Wohl einer Person betrifft, sollten immer die derzeit zuverlässigsten Methoden eingesetzt werden, die Einwilligung des Probanden bzw. Patienten vorausgesetzt. Artikel wie die von Kingston und Mitarbeiter (2007) demonstrieren, dass es eines zuverlässigen Diagnoseinstrumentes für Pädophilie bedarf, da die Übereinstimmung zwischen verschiedenen Instrumenten ungenügend ist. Zurzeit ist das zuverlässigste Instrument in diesem Kontext die PPG (Lalumière & Harris, 1998, Quinsey & Lalumière, 1996). Eine objektive Messung der sexuellen Orientierung ist im Bereich von Sexualstraftätern insbesondere deshalb von Bedeutung, da Pädophile oft nicht bereit sind, deviante Orientierungen zuzugeben bzw. dazu neigen, diese zu minimieren (Marshall, 1997, Ward et al., 1997). Sofern sich andere Methoden als ebenso zuverlässig erweisen und andere Mängel der PPG nicht aufweisen, ist ein Ersatz der PPG durch diese Verfahren durchzuführen. Möglicherweise kann dies die fMRT-Technik leisten (Ponseti et al., 2011).

Literatur

- Abel, G.G., Blanchard, E.B., Barlow, D.H., 1981. Measurement of sexual arousal in several paraphilias: the effects of stimulus modality, instructional set and stimulus content on the objective. *Behaviour Research and Therapy*. 19, 25–33.
- Aron, A., Aron, E.N., Coups, E., 2006. *Statistics for Psychology*, Prentice Hall International, New York.
- Bailey, J.M., 2009. What is sexual orientation and do women have one?, in: D.A. Hope (Eds.), *Contemporary Perspectives on Lesbian, Gay, and Bisexual Identities*. Springer, New York, 43ff.
- Bancroft, J.H.C., Jones, H.G., Pullan, B.R., 1966. A simple transducer for measuring penile erections with comments on its use in the treatment of sexual disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 4, 239–241.
- Barbaree, H.E., Mewhort, D.J., 1994. The effects of the z-score transformation on measures of relative erectile response strength: a re-appraisal. *Behaviour Research and Therapy*. 32, 547–58.
- Barbaree, H.E., Seto, M.C., 1997. Pedophilia: assessment and treatment, in: D.R., Laws and O.D.W.T. (Eds.), *Sexual deviance: theory, assessment and treatment*. 1. Guilford, New York,
- Barlow, D.H., Becker, R., Leitenberg, H., Agras, W.S., 1970. A

- mechanical strain gauge for recording penile circumference change. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 3, 73–76.
- Becker, J.V., Hunter, J.A., Goodwin, D., Kaplan, M.S., Martinez, D., 1992. Test-retest reliability of audio-taped phallometric stimuli with adolescent sexual offenders *Sexual Abuse: A Journal of Research and Therapy*. 5, 45–51.
- Beech, A.R., Craig, L.A., Browne, K.D.H., 2009. *Assessment and Treatment of Sex Offenders: A handbook*, 1. John Wiley & Sons, Hoboken.
- Beech, A.R., Kalmus, E., Tipper, S.P., Baudouin, J.Y., Flak, V., Humphreys, G.W., 2008. Children induce an enhanced attentional blink in child molesters. *Psychological Assessment*. 20, 397–402.
- Beier, K.M., 2006. Biopsychosoziales Verständnis menschlicher Geschlechtlichkeit. *Der Urologe*. 45, 953–959.
- Beier, K.M., Ahlers, C.J., Goecker, D., Neutze, J., Mundt, I.A., Hupp, E., Schaefer, G.A., 2009a. Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 20, 851–867.
- Beier, K.M., Bosinski, H., Loewit, K., 2005. *Sexualmedizin*, 2. Auflage. Elsevier, München.
- Beier, K.M., Neutze, J., Mundt, I.A., Ahlers, C.J., Goecker, D., Konrad, A., Schaefer, G.A., 2009b. Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse & Neglect*. 33, 545–549.
- Blanchard, R., 2010. The DSM diagnostic criteria for pedophilia. *Archives of Sexual Behavior*. 39, 304–316.
- Blanchard, R., in press. Misdiagnoses of pedohebephilia using victim count: A reply to Wollert and Cramer (2011). *Archives of Sexual Behavior*.
- Blanchard, R., Barbaree, H.E., 2005. The strength of sexual arousal as a function of the age of the sex offender: comparisons among pedophiles, hebephiles, and teleiophiles. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. 17, 441–56.
- Blanchard, R., Christensen, B.K., Strong, S.M., Cantor, J.M., Kuban, M.E., Klassen, P., Dickey, R., Blak, T., 2002. Retrospective self-reports of childhood accidents causing unconsciousness in phallometrically diagnosed pedophiles. *Archives of Sexual Behaviour*. 31, 511–26.
- Blanchard, R., Klassen, P., Dickey, R., Kuban, M.E., Blak, T., 2001. Sensitivity and specificity of the phallometric test for pedophilia in nonadmitting sex offenders. *Psychological Assessment*. 13, 118–26.
- Blanchard, R., Kuban, M.E., Blak, T., Cantor, J.M., Klassen, P.E., Dickey, R., 2009. Absolute versus relative ascertainment of pedophilia in men. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Therapy*. 21, 431–41.
- Blanchard, R., Kuban, M.E., Blak, T., Klassen, P.E., Dickey, R., Cantor, J.M., 2010. Sexual Attraction to Others: A Comparison of Two Models of Alloerotic Responding in Men. *Archives of Sexual Behavior*. in press,
- Blanchard, R., Lykins, A.D., Wherrett, D., Kuban, M.E., Cantor, J.M., Blak, T., Dickey, R., Klassen, P.E., 2008. Pedophilia, Hebephilia, and the DSM-V. *Archives of Sexual Behaviour*. 38, 335–350.
- Bosinski, H.A.G., 1997. Sexueller Kindesmißbrauch: Opfer, Täter und Sanktionen. *Sexuologie* 4, 27–88.
- Bradford, J.M.W., Kingston, D., Ahmed, A.G., P., F.J., 2010. Commentary: Sildenafil in Phallometric Testing – An Evidence-Based Assessment of Sexual Offenders. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*. 38, 512–515.
- Broadbent, D.E., 1958. *Perception and communication*, Pergamon Press, Elmsford.
- Chaplin, T.C., Rice, M.E., Harris, G.T., 1995. Salient victim suffering and the sexual responses of child molesters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63, 249–55.
- Clegg, C., Fremouw, W., 2009. Phallometric assessment of rapists: A critical review of the research. *Aggression and Violent Behavior*. 14, 115–125.
- Day, D., Miner, M., Sturgeon, V., Murphy, J., 1989. Assessment of sexual arousal by means of physiological and self-report measure, in: D.R. Laws (Eds.), *Relapse prevention with sex offenders*. Guilford, New York, 115–123.
- Deegener, G., 1996. *Multiphasic Sex Inventory (MSI): Fragebogen zur Erfassung psychosexueller Merkmale bei Sexualtätern*., Hogrefe, Göttingen.
- Dombert, B., Mokros, A., Bäckström, A., Antfolk, J., Zappalà, A., Osterheider, M., Santtila, P., 2011. The Virtual People Set: Developing computer-generated stimuli for the assessment of pedophilic sexual interest. under review.
- Earls, C.M., 1981. The effects of temperature on the mercury-in-rubber strain gauge. *Behavioral Assessment*. 3, 145–149.
- Egg, R., Pearson, F.S., Cleland, C.M., Lipton, D.S., 2001. Evaluation von Sexualstrafäterbehandlungsprogrammen. Überblick und Meta-Analyse, in: G. Rehn, B. Wischka and M. Walter (Eds.), *Behandlung gefährlicher Straftäter. Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse*. Centaurus, Herbolzheim,
- Farrall, W.R., Card, R.D., 1988. Advancements in physiological evaluation of assessment and treatment of sexual aggressor, in: R. Prentky and V.L.H. Quinsey (Eds.), *Human sexual aggression: Current perspectives*. New York Academy of Sciences, New York,
- Fernandez, Y., 2000. Phallometric testing with sexual offenders against female victims: Limits to its value. Doctor.
- Fiedler, P., 2004. *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung. Heterosexualität – Homosexualität – Transgenderismus und Paraphilien – sexueller Missbrauch – sexuelle Gewalt*, Beltz, Weinheim, Basel.
- First, M.B., 2010. DSM-5 proposals for paraphilias: Suggestions for reducing false positives related to use of behavioral manifestations. *Archives of Sexual Behavior*. 39, 1239–1244.
- Frances, A., First, M.B., 2011. Hebephilia Is Not a Mental Disorder in DSM-IV-TR and Should Not Become One in DSM-5. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 39, 78–85.
- Frenzel, R.R., Lang, R.A., 1989. Identifying sexual preferences in intrafamilial and extrafamilial child sexual abusers. *Annals of Sex Research*. 2, 255–275.
- Freund, K., 1957. Diagnostika homosexuality u muza [Diagnosis of male homosexuality]. *Cesk Psychiatry*. 53, 382–94.
- Freund, K., 1961. Laboratory differential diagnosis of homo- and heterosexuality – an experiment with faking. *Review of Czechoslovak medicine*. 7, 20–31.
- Freund, K., 1963. A laboratory method for diagnosing predominance of homo- or hetero-erotic interest in male. *Behavioural Research and Therapy*. 1, 85–93.
- Freund, K., 1967. Erotic Preference in Pedophilia. *Behavior Research and Therapy*. 5, 339–348.

- Freund, K., 1991. Reflections on the development of the phallogometric method of assessing erotic preferences. *Annals of Sex Research*. 4, 100–105.
- Freund, K., Blanchard, E. B., 1981. Assessment of sexual dysfunction and deviation, in: M.E. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook*. 2nd ed. Pergamon Press, Oxford, 427–455.
- Freund, K., Blanchard, R., 1989. Phallogometric diagnosis of pedophilia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57, 100–5.
- Freund, K., Chan, S., Coulthard, R., 1979. Phallogometric Diagnosis with Nonadmitters. *Behaviour Research and Therapy*. 17, 451ff.
- Freund, K., Costell, R., 1970. The structure of erotic preference in the nondeviant male. *Behavior Research and Therapy*. 8, 15–20.
- Freund, K., Langevin, R., Barlow, D., 1974. Comparison of two penile measures of erotic arousal. *Behaviour Research and Therapy*. 12, 355–9.
- Freund, K., Watson, R., 1991. Assessment of sensitivity and specificity of a phallogometric test: An update of phallogometric diagnosis of pedophilia. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 3, 254–260.
- Freund, K., Watson, R., Rienzo, D., 1988. Signs of feigning in the phallogometric test. *Behaviour Research and Therapy*. 26, 105–12.
- Geer, J.H., Bellard, H.S., 1996. Sexual content induced delays in unprimed lexical decisions: gender and context effects. *Archives of Sexual Behavior*. 25, 379–395.
- Green, R., 2010. Hebephilia is a Mental Disorder? *Sexual Offender Treatment*. 5, 1–7.
- Gress, C.L.Z., Laws, D.R., 2009. Measuring Sexual Deviance: Attention-Based Measures, in: A.R. Beech, L.A. Craig and K.D. Browne (Eds.), *Assessment and treatment of Sex Offenders*. John Wiley & Sons, Singapore.
- Hanson, R.K., Bussière, M.T., 1998. Predicting Relapse: A meta-Analysis of Sexual Offender Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66, 348–362.
- Hanson, R.K., Morton-Bourgon, K.E., 2005. The Characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73, 1154–1163.
- Harris, G.T., Rice, M.E., Chaplin, T.C., Quinsey, V.L., 1999. Dissimulation in phallogometric testing of rapists' sexual preferences. *Archives of Sexual Behaviour*. 28, 223–32.
- Harris, G.T., Rice, M.E., Quinsey, V.L., Chaplin, T.C., 1996. Viewing time as a measure of sexual interest among child molesters and normal heterosexual men. *Behaviour Research and Therapy*. 34, 389–94.
- Harris, G.T., Rice, M.E., Quinsey, V.L., Chaplin, T.C., Earls, C.M., 1992. Maximizing the discriminant validity of phallogometric assessment data. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 34, 389–394.
- Hoffmann, H., Janssen, E., Turner, S.L., 2004. Classical conditioning of sexual arousal in women and men: effects of varying awareness and biological relevance of the conditioned stimulus. *Archives of Sexual Behavior*. 33, 43–53.
- Howes, R.J., 1995. A survey of plethysmographic assessment in North America. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. 7, 9–22.
- Howes, R.J., 2003. Circumferential change scores in phallogometric assessment: normative data. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. 15, 365–75.
- Howes, R.J., 2009. Measurement of risk of sexual violence through phallogometric testing. *Legal Medicine*. 11, 368–369.
- Hughes, J.R., 2007. Review of Medical Reports on Pedophilia. *Clinical Pediatrics*. 46, 667–682.
- Kingston, D.A., Firestone, P., Moulden, H.M., Bradford, J.M., 2007. The utility of the diagnosis of pedophilia: a comparison of various classification procedures. *Archives of Sexual Behaviour*. 36, 423–36.
- Kolarsky, A., Madlafousek, J., 1977. Variability of Stimulus effect in the Course of Phallogometric Testing. *Archives of Sexual Behavior*. 6, 135–141.
- Kolla, N.J., Blanchard, R., Klassen, P.E., Kuban, M.E., Blak, T., 2009. Effect of Sildenafil on Penile Plethysmography Responding: A Pilot Investigation. *Archives of Sexual Behavior*. 39, 1449–1452.
- Kolla, N.J., Klassen, P.E., Kuban, M.E., Blak, T., Blanchard, R., 2010. Double-blind, placebo-controlled trial of sildenafil in phallogometric testing. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 38, 502–511.
- Kuban, M., Barbaree, H.E., Blanchard, R., 1999. A comparison of volume and circumference phallogometry: response magnitude and method agreement. *Archives of Sexual Behaviour*. 28, 345–59.
- Kutscher, T., Neutze, J., Beier, K.M., Dahle, K.P., 2011. Vergleich zweier diagnostischer Ansätze zur Erfassung der Sexualfantasien pädophilier Männer. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*. 5, 165–176.
- Lalumière, M.L., Harris, G.T., 1998. Common questions regarding the use of phallogometric testing with sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. 10, 227ff.
- Lalumière, M.L., Quinsey, V.L., 1994. The discriminability of rapists from non-sex offenders using phallogometric measures: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behaviour*. 21, 150–175.
- Lalumière, M.L., Rice, M.E., 2007. The validity of phallogometric assessment with rapists: comments on Looman & Marshall (2005). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. 19, 61–8, Discussion 69–72.
- Launay, G., 1994. The phallogometric assessment of sex offenders. *Criminal Behavior and Mental Health*. 4, 48–70.
- Launay, G., 1999. The phallogometric assessment of sex offenders: an update. *Criminal Justice and Behaviour*. 9, 254–274.
- Laws, D.R., Gulayets, M.J., Frenzel, R.R., 1995. Assessment of sex offenders using standardized slide stimuli and procedures: A multislide study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. 7, 45–66.
- Laws, D.R., Rubin, H.B., 1969. Instructional control of an autonomic sexual response. *J Appl Behav Anal*. 2, 93–9.
- Levenson, J.S., 2004. Reliability of sexually violent predator civil commitment criteria. *Lanw and human Behavior*. 28, 357–368.
- Lykins, A.D., Cantor, J.M., Kuban, M.E., Blak, T., Dickey, R., Klassen, P.E., Blanchard, R., 2009. The Relation Between Peak Response Magnitudes and Agreement in Diagnoses Obtained From Two Different Phallogometric Tests for Pedophilia. *Sex Abuse*.
- Maletzky, B.M., 1995. Standardization and the penile plethys-

- mograph. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment. 7, 5–8.
- Marshall, W.L., 1997. Pedophilia: Psychopathology and theory, in: D.R. Laws and W.T. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance: Theory assessment and treatment*. Guilford Press, New York.
- Marshall, W.L., 2005. Grenzen der Phallometrie. *Recht und Psychiatrie*. 23, 11–22.
- Marshall, W.L., Fernandez, Y., 2003. Sexual Preferences: are they useful in the assessment and treatment of sexual offenders? *Aggression and Violent Behavior*. 8, 131–143.
- Mauz, G., 1976. Die Patienten werden einzeln untersucht. *Der Spiegel*. 41, 95–97.
- Mokros, A., Dombert, B., Osterheider, M., Zappala, A., Santtila, P., 2010. Assessment of pedophilic sexual interest with an attentional choice reaction time task. *Archives of Sexual Behavior*. 39, 1081–1090.
- O'Donohue, W., Letourneau, E., 1992. The psychometric properties of the penile tumescence assessment of child molesters. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*. 14, 123–174.
- Offe, H., Offe, S., 2001. Das BGH-Urteil zum Polygraphen: Eine Herausforderung für die Psychologie. *Praxis der Rechtspsychologie*. 11, 5–15.
- Pohl, A., 2009. Validierung der Kieler Stimulussets zur Messung der sexuellen Orientierung mittels Zirkumferenzphallometrie: Ein Vergleich von visuellen und audiovisuellen Stimuli. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Ponseti, J., Granert, O., Jansen, O., Wolff, S., Beier, K., Neutze, J., Deuschl, G., Mehdorn, H., Siebner, H., Bosinski, H.A.G., 2011. Assessment of pedophilia using the hemodynamic brain response to visual sexual stimuli. *Archives of general psychiatry*. Epub ahead of print.
- Ponseti, J., Granert, O., Jansen, O., Wolff, S., Mehdorn, H.M., Bosinski, H.A.G., Siebner, H., 2009. Assessment of sexual orientation using the hemodynamic brain response to visual sexual stimuli. *Journal of Sexual Medicine*. 6, 1628–1634.
- Proulx, J., Aubut, J., McKibben, A., Cote, M., 1994. Penile responses of rapists and nonrapists to rape stimuli involving physical violence or humiliation. *Archives of Sexual Behaviour*. 23, 295–310.
- Proulx, J., Côte, M., Achille, P.A., 1993. Prevention of voluntary control of penile response in homosexual pedophiles during phallometric testing. *The Journal of Sex Research*. 30, 140–147.
- Quinsey, V.L., Chaplin, T.C., 1988. Preventing faking in phallometric assessments of sexual preference. *Annals of the New York Academy of Science*. 528, 49–58.
- Quinsey, V.L., Chaplin, T.C., Varney, V.L., 1981. A comparison of rapists and non-sex offenders' sexual preferences for mutually consenting sex, rape and physical abuse of woman. *Behavioral Assessment*. 3, 137–153.
- Quinsey, V.L., Lalumière, M.L., 1996. The assessment of sexual aggressors against children., CA: Sage, Newbury Park.
- Raymond, J.E., Shapiro, K.L., Arnell, K.M., 1992. Temporary suppression of visual processing in an RSVP task: an attentional blink? *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*. 18, 849–860.
- Santtila, P., Mokros, A., Viljanen, K., Koivisto, M., Sandnabba, N.K., Zappalà, A., Osterheider, M., 2009. Assessment of sexual interest using a choice reaction time task and priming: A feasibility study. *Legal and Criminological Psychology*. 14, 65–82.
- Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Feelgood, S., Hupp, E., Neutze, J., Ahlers, C.J., Goecker, D., Beier, K.M., 2010. Potential and Dunkelfeld offenders: Two neglected target groups for prevention of child sexual abuse. *International Journal of Law and Psychiatry*. 33, 154–163.
- Schneider, K., 2010. Der Einsatz bildgebender Verfahren im Strafprozess, Josef Eul, Lohmar.
- Schorsch, E., Pfäfflin, F., 1985. Zur Phallographie bei Sexualdelinquenten. *Recht und Psychiatrie*. 3, 55–61.
- Seto, M.C., 2007. *Pedophilia and Sexual Offending Against Children: Theory, Assessment, and Intervention*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Seto, M.C., Kuban, M., 1996. Criterion-related validity of a phallometric test for paraphilic rape and sadism. *Behaviour Research and Therapy*. 34, 175–83.
- Seto, M.C., Lalumière, M.L., 2001. A brief screening scale to identify pedophilic interests among child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. 13, 15–25.
- Seto, M.C., Lalumière, M.L., Blanchard, R., 2000. The discriminative validity of a phallometric test for pedophilic interests among adolescent sex offenders against children. *Psychological Assessment*. 12, 319–27.
- Shapiro, K.L., Raymond, J.E., Arnell, K.M., 1994. Attention to visual pattern information produces the attentional blink in rapid serial visual presentation. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*. 20, 357ff.
- Singer, B., 1984. Conceptualizing sexual arousal and attraction. *The Journal of Sex Research*. 20, 230–240.
- Walter, T.S., Schouten, P.G.W., 1993. The plethysmograph reconsidered: Comments on Barker and Howell. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law*. 21, 505–512.
- Ward, T., Hudson, S.M., Johnston, L., Marshall, W.L., 1997. Cognitive distortions in sex offenders: An integrative review. *Clinical Psychology Review*. 17, 479–507.
- Wilson, R.J., 1998. Psychophysiological Signs of Faking in the Phallometric Test. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. 10, 113–126.
- Wollert, R., Cramer, E., 2011. Sampling extreme groups invalidates research on the paraphilias: Implications for DSM-5 and sex offender risk assessment. *Behavior Sciences and the Law*. 29, 554–565.
- Wormith, J.S., 1986. Assessing deviant sexual arousal: psychological and cognitive aspects. *Advances in behaviour research and therapy*. 8, 101–137.
- Wright, L.W., Adams, H.E., 1994. Assessment of sexual preference using a choice reaction time task. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 16, 221–231.
- Wright, L.W., Adams, H.E., 1999. The effects of stimuli that vary in erotic content on cognitive processes. *The Journal of Sex Research*. 36, 145–151.

Adresse des Autors

Dipl.-Psych. Alexander Pohl, Sektion für Sexualmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel, pohl@sexmed.uni-kiel.de

Sexualisierte Gewalt gegen Frauen und Mädchen mit geistiger Behinderung

Birgit Delisle

Sexualized abuse of mentally handicapped women and girls

Abstract

Girls and women with developmental and mental disabilities are at greater risk for sexual abuse and exploitation. Their special socialization and living conditions make them particularly vulnerable. The estimated number of unreported sexual abuse cases is significantly higher for the handicapped than for the non-handicapped; an estimated 75-80% of the sexual abusers of handicapped women and girls are known and trusted by their victims. Sexual misconduct occurs most frequently when the offender is in a position of authority vis-a-vis the abused. Clear indications of sexual abuse are relatively rare. Changes in the behavior of the handicapped and remarks they make may be signs of sexual assault. Adequate sex education and the teaching of protective behaviors are crucial for preventing sexual violence.

Keywords: Mental disability, developmental disability, sexual violence, sexual abuse, sexual misconduct

Zusammenfassung

Mädchen und Frauen mit Lern- und geistiger Behinderung haben ein höheres Risiko sexuell missbraucht oder ausgebeutet zu werden. Durch ihre Sozialisation und besonderen Lebensumstände ist eine besondere Vulnerabilität gegeben und die Dunkelziffer ist noch erheblich höher als bei nicht behinderten Menschen. Man geht davon aus, dass 75–80% der Täter aus dem nahen Umfeld des Opfers kommen. Sexuelle Übergriffe finden vor allem dort statt, wo ein Machtgefälle ausgenutzt werden kann. Es gibt nur selten eindeutige Hinweise auf sexuelle Gewalt, die meisten Hinweise ergeben sich aus Verhaltensauffälligkeiten oder Äußerungen der Betroffenen. Gute Sexualaufklärung und Verhaltensschulung sind wichtig für die Prophylaxe von sexueller Gewalt.

Schlüsselwörter: Geistige Behinderung, sexuelle Gewalt, sexueller Missbrauch, sexuelle Ausbeutung

Einführung

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes leben in der Bundesrepublik circa 7 Millionen (schwer)behinder-

te Menschen, davon 9% mit einer geistigen Behinderung. Sie sind eine sehr inhomogene, variable Gruppe. Die geistige Behinderung reicht von einer Lernbehinderung mit einem IQ von 70 bis 80 bis zur schwersten Intelligenzminderung von einem IQ unter 20. Eine große Zahl von geistig behinderten Menschen leben mit einer Mehrfachbehinderung wie z.B. Cerebralparese, Epilepsie und/oder Autismus. In der Öffentlichkeit war Sexualität und geistige Behinderung lange Zeit ein Tabuthema. Erst in den letzten 30 Jahren werden zunehmend die sexuellen Bedürfnisse von behinderten Menschen thematisiert und auch teilweise berücksichtigt. Nach wie vor existieren jedoch noch die typischen Vorurteile, die Walter (2005) – ein wichtiger Vorreiter für die Erforschung und Unterstützung der Sexualität und geistiger Behinderung – wie folgt postuliert:

- ◆ „Das unschuldige Kind – oder Leugnung und Verdrängung der Sexualität geistig behinderter Menschen“
Besonders von Mädchen und Frauen mit Behinderung wird erwartet, dass sie stets das naive, unverdorbene, geschlechtslose Wesen bleiben. Es wird viel Mühe zur körperlichen und sozialen Entwicklung und Anpassung verwandt, die Sexualerziehung wird jedoch häufig vernachlässigt, sexuelle Bedürfnisse werden wenig berücksichtigt. Es gibt nur wenige geistig behinderte Frauen, die sich nicht für Sexualität interessieren, auch wenn sie es durch Worte oder Gesten vielleicht nicht so deutlich erkennen lassen.
- ◆ „Der Wüstling – oder die Dramatisierung und Überbetonung der Sexualität geistig behinderter Menschen“
Geistig behinderte Menschen sind in der Regel nicht triebhafter und gewalttätiger als andere. Sexuelle Handlungen, wie zum Beispiel Selbstbefriedigung in der Öffentlichkeit, werden häufiger bei geistig behinderten Menschen beobachtet, da vielen das Bewusstsein fehlt, dass sexuelle Handlungen in der Öffentlichkeit nicht erwünscht sind. Selbstbefriedigung zu verbieten, ist sinnlos. Aber man kann es steuern durch sexualpädagogische Betreuung. Ganz klare Grenzen setzen zwischen Privatsphäre und Öffentlichkeit: Hier ist es erlaubt, hier ist es verboten. Auch behinderte Menschen brauchen eine Privatsphäre in der sie geschützt sind. „Man sieht in den sexuellen Handlungen Behinderter *nur* die tierische Befrie-

digung körperlicher Bedürfnisse und setzt voraus, dass geistig behinderte Menschen nicht in der Lage sind, ihre sexuellen Triebwünsche auf sozial akzeptable Weise in personaler Beziehung zu befriedigen.“ (Walter, 2005)

◆ „Der klebrich Distanzlose – oder die Fehldeutung nicht-sprachlicher Kommunikation geistig behinderter Menschen“

Die meisten geistig behinderten Menschen können sich sprachlich nur schwer verständlich machen, so kommt Körpersprache und non-verbaler Kommunikation zur Äußerung von Gefühlen und Bedürfnissen ein sehr hoher Stellenwert zu. Sich Anschmiegen, Umarmen führen zu Fehlinterpretationen, dass sie distanzlos und schamlos sind. Geistig behinderte Menschen haben bestimmte Schranken nicht, sind spontan ihren Gefühlen ausgeliefert.

Nach wie vor ist sexuelle Gewalt an Menschen mit (geistiger) Behinderung ein Tabuthema. Eine geistig behinderte Frau entspricht nicht den Vorstellungen eines Vergewaltigungsopfers. Erst 1994 wurde in der Bundesrepublik eine empirische Untersuchung mit Thema „sexuelle Gewalt und geistige Behinderung“ von Noack und Schmid veröffentlicht. In ihrer Befragung kamen sie zu dem Ergebnis, dass ca. 30% der Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung von sexueller Gewalt betroffen sind (Noack, Schmid, 1994).

In der Studie von Zemp und Pircher (1996) „Weil das alles weh tut mit Gewalt – sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung“ wurde in österreichischen Einrichtungen der Behindertenhilfe Mitte der 90er Jahre 130 behinderte Frauen zwischen 17 und 69 Jahren befragt, die größtenteils mit einer sogenannten geistigen Behinderung lebten. 62% der befragten Frauen gaben an, dass sie sexuell belästigt wurden, 64% berichteten von sexueller Gewalt, 26% der Frauen hatten eine oder mehrere Vergewaltigungen erlebt.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hat 2009 eine Studie zur Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen in Deutschland in Auftrag gegeben, die im Jahre 2011 beendet wird: „Die Studie soll differenzierte und qualitativ hochwertige Befunde unter anderem über die Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen, Beeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen, sowie über Ausmaß, Entstehungszusammenhänge und Folgen von psychischer, physischer und sexueller Gewalt hervorbringen. Strukturelle Gewalt und Diskriminierungen gegenüber Frauen mit Behinderungen werden weitere Schwerpunkte der Studie sein. Identifiziert werden sollen Risikokonstel-

lationen und besonders benachteiligte bzw. vulnerable Gruppen und deren konkreter Unterstützungsbedarf. Ziel der Studie ist, bestehende Wissenslücken über das Ausmaß von Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu schließen, den konkreten Handlungs- und Unterstützungsbedarf zu ermitteln und eine solide empirische Basis für gezielte Maßnahmen und Strategien gegen Gewalt und Diskriminierung von Frauen mit Behinderungen zu schaffen.“ Die ersten Daten zur Studie werden 2012 erwartet.

Durch das Bekanntwerden von (sexuellen) Übergriffen in Heimen und kirchlichen Einrichtungen hat Christine Bergmann, als Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2010 den sogenannten „Runden Tisch“ gegründet, in dem ein Expertengremium das Thema bearbeitete. Der Rohdatenbericht „Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen“ vom März 2011 ergab, dass eine besondere Vulnerabilität bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderung vorhanden ist: „Überdurchschnittlich gefährdet scheinen Kinder, die aufgrund körperlicher oder geistiger Einschränkungen über geminderten Selbstschutz- oder Mitteilungsfähigkeiten verfügen bzw. die mehr als der Durchschnitt altersgleicher Kinder von Fürsorge- und Betreuungsleistungen abhängig sind. Aus dem deutschsprachigen Raum liegen bisher keine Studien vergleichbarer Qualität zur Prävalenz von sexuellem Missbrauch an Kindern mit Behinderungen vor. Soweit internationale Studien auf die deutsche Situation übertragbar sind, erwächst die erhöhte Gefährdung behinderter Kinder wenigstens teilweise aus institutionellem Missbrauch, also aus sexuellen Übergriffen durch Unterrichts-, Betreuungs-, und Pflegepersonal in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Sonderschulen. So fand Sobsey (1994) unter 100 analysierten sexuellen Gewalttaten gegen Menschen mit geistiger Behinderung eine Rate von 44% der Taten, die von Betreuungspersonen [...] ausgegangen waren.“ (Rohdatenbericht, März 2011)

Von 1.8.2010 bis 30.6.2011 hat das Deutsche Jugendinstitut im Auftrag der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des Sexuellen Kindesmissbrauchs das Projekt „Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen“ durchgeführt. Im Editorial schreibt Rauchenbach, der Leiter des Instituts: „Die unselige Allianz von Macht, emotionaler Abhängigkeit, Angst und Scham scheint gebrochen. Nach einer unsäglichen langen Phase des Schweigens, der Sprachlosigkeit, des Wegschauens und des Nicht-für-Möglich-Haltens ist sexueller Missbrauch – manche sprechen lieber von sexueller Gewalt – zu einem öffentlichen Thema der Medienwelt und nicht zuletzt der Politik geworden.“ (DJ Projekt, 2011)

Definition

Sexualisierte Gewalt

Zu sexualisierter Gewalt gehören:

- ◆ Vergewaltigung, sexueller Missbrauch, sexuelle Ausbeutung, verbale Belästigung, unerwünschte sexuelle Berührungen, sexuell geprägtes Pflegeverhalten, Verletzung der Intimsphäre, aber auch das Vorenthalten von Informationen zu Sexualität und Verhütung.
- ◆ Eingriffe in die sexuelle Selbstbestimmung, z. B. erzwungene Verhütung, Abtreibung oder Sterilisation.

Aiha Zemp, die als Psychotherapeutin intensiv mit Frauen mit Behinderungen arbeitet, schlussfolgert: „Sexuelle Ausbeutung ist Ausdruck eines Machtverhältnisses. Menschen mit einer Behinderung stehen in einer Machtungleichheit in Bezug auf Ressourcen-, Artikulations- und Informations-, Positions- und Organisationsmacht. Sexuelle Ausbeutung fängt da an, wo eine Person von einer anderen als Objekt zur Befriedigung gewisser Bedürfnisse gebraucht wird und dieser Handlung nicht informiert und frei zustimmen kann.“ (Zemp, 2010)

Der **sexuelle Missbrauch widerstandsunfähiger Personen** ist eine Straftat nach §179 des deutschen Strafgesetzbuchs (StGB), die sich gegen das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung von psychisch Kranken, geistig Behinderten und Bewusstlosen richtet. Anders als bei sexueller Nötigung oder Vergewaltigung kommt es auf den Einsatz von Gewalt nicht an. Als widerstandsunfähig gilt die Person, wenn sie nicht im Stande ist, einen Widerstandswillen gegenüber dem Täter zu bilden oder zu äußern. Es muss jedoch kein Widerstand gegen eine möglicherweise ausgeübte Gewalt sein, es reicht der Widerstand gegen das sexuelle Ansinnen überhaupt aus.

§179 StGB Sexueller Missbrauch widerstandsunfähiger Personen

(1) Wer eine andere Person 1. wegen einer geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung einschließlich einer Suchtkrankheit oder wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder 2. körperlich zum Widerstand unfähig ist, dadurch missbraucht, dass er unter Ausnutzung der Widerstandsunfähigkeit sexuelle Handlungen an ihr vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer eine widerstandsunfähige Person (Absatz 1) dadurch missbraucht, dass er

sie unter Ausnutzung der Widerstandsunfähigkeit dazu bestimmt, sexuelle Handlungen an einem Dritten vorzunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen.

(3) In besonders schweren Fällen ist auf Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr zu erkennen.

(4) Der Versuch ist strafbar.

(5) Auf Freiheitsstrafe nicht unter zwei Jahren ist zu erkennen, wenn 1. der Täter mit dem Opfer den Beischlaf bezieht oder ähnliche sexuelle Handlungen an ihm vornimmt oder an sich vornehmen lässt, die mit einem Eindringen in den Körper verbunden ist. 2. die Tat gemeinschaftlich begangen wird oder 3. der Täter das Opfer durch die Tat in die Gefahr schwerer Gesundheitsbeschädigung oder einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung bringt.

§174 c StGB Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses

(1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm wegen einer geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung einschließlich einer Suchtkrankheit oder wegen einer körperlichen Krankheit oder Behinderung zur Beratung, Behandlung oder Betreuung anvertraut ist, unter Missbrauch des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut ist, unter Missbrauch des Behandlungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt.

Hintergrund für sexualisierte Gewalt an Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung

Am häufigsten wird sexuelle Gewalt dort verübt, wo das Machtgefälle am größten ist: von Männern an Frauen und Mädchen, von Männern und Frauen an Kindern, von Nichtbehinderten an Schwerbehinderten und vor allem an geistig behinderten und mehrfach behinderten Mädchen. Die Dunkelziffer ist noch erheblich höher als bei nicht behinderten Menschen. Es gibt zahlreiche Risikofaktoren, warum geistig behinderte Mädchen und Frauen häufiger sexueller Gewalt ausgesetzt sind (Noack, 1996, Zemp, 2010):

- ◆ Intellektuelle Beeinträchtigung: Die kognitive Unterlegenheit führt dazu, dass Situationen nicht in ihrer Tragweite erfasst werden können, das Herstellen von Zusammenhängen erschwert sein kann, Behauptungen und Versprechen nicht auf ihren Wahrheitsgehalt überprüft werden und Drohungen nicht realistisch eingeschätzt werden können. Es fehlt an Information von Sexualität und ihren Zusammenhängen.
- ◆ Eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten: Manche Menschen verfügen nicht über verbale Kommunikation; für einige ist Körperkontakt eine oder die einzig mögliche Form der Verständigung. Non-verbale Kommunikation ist meist vielseitig interpretierbar und missverständlicher als verbale. Die Berichte über sexuelle Belästigung werden oft als Phantasien, Übertreibung oder auch Wunschdenken abgetan.
- ◆ Medizinische Untersuchungen und Therapien, die Betroffenen erschweren, ihren Körper positiv wahrzunehmen und die eigenen Grenzen zu spüren (daher sind Grenzüberschreitungen für Menschen mit einer Behinderung schwer wahrzunehmen).
- ◆ Soziale Isolation, Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit: viele Frauen leben sogar in ihren eigenen Familien isoliert. Der Aufbau und die Pflege von sozialen Kontakten sind sehr erschwert, daher haben sie keinen Ansprechpartner. Geistig behinderte Menschen brauchen in vielen Bereichen Hilfe und Unterstützung. Häufig entstehen emotionale Bindungen und Abhängigkeit von den Pflegepersonen, dadurch wird die Geheimhaltung begünstigt. Zusätzlich besteht eine wirtschaftliche Abhängigkeit.
- ◆ Emotionale Vernachlässigung: Durch fehlende Akzeptanz im Elternhaus, durch viele Krankenhausaufenthalte oder Heimaufenthalt steigt die Gefahr, dass besonders Mädchen mit Mehrfachbehinderung emotional vernachlässigt werden. Daraus entsteht oft eine emotionale Bedürftigkeit, die besonders empfänglich macht für Zuwendung jeglicher Art. Bei der Suche nach Nähe und Kommunikation über Körperkontakt werden die eigenen Grenzen nicht wahrgenommen, das scheinbare Fehlen von anderen falsch interpretiert oder auch wissentlich ausgenutzt.
- ◆ Geringes Selbstwertgefühl: Menschen mit Behinderung werden häufig nicht als gleichwertige Persönlichkeiten akzeptiert und respektiert. Durch vielfältige Förderungen und Therapien erhält das behinderte Kind – bewusst oder unbewusst – die Botschaft „Ich bin nicht so recht wie ich bin, die wollen mich anders haben.“ Sie lernen viel zu wenig, dass ihr Körper liebens- und schützenswert ist, auch wenn er anders ist.
- ◆ Die strukturellen Bedingungen in Heimen und Betreuungseinrichtungen begünstigen oftmals die Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen und

schützen die Täter. Die Betroffenen haben häufig von Kindheit an die Erfahrung gemacht, dass ihre Intimsphäre nicht respektiert und geschützt wird. Sie haben nicht gelernt, „nein“ zu sagen, so dass der sexuelle Missbrauch für sie ein Übergriff mehr ist. Besonders Mädchen und Frauen werden zu Anpassung und Unauffälligkeit erzogen. Das führt dazu, dass die Möglichkeiten eigene Wünsche, Bedürfnisse und Grenzen zu erkennen und durchzusetzen sehr gering sind. Die Grenzen zu normaler Zuwendung und Pflege sind oftmals sehr schwer zu ziehen.

- ◆ Geistig behinderte Frauen können oft ihre Behinderung nicht verarbeiten. Sie sehnen sich nach Normalität und Anerkennung und erkaufen sich durch Sexualität mit nichtbehinderten Männern die fehlende Anerkennung, Zuwendung und Normalität.
- ◆ Eine adäquate und individuell angepasste Sexualerziehung und Sexualaufklärung fehlen häufig.

Aus der Fokusgruppendifkussion (Rohdatenbericht März, 2011): „Die extreme Abhängigkeit und Assymetrie der Macht schafft ein besonderes Risiko. Die Übergänge von pflegerischen Handlungen zu sexueller Gewalt sind weniger eindeutig. Die Unterscheidung von körperlichen Berührungen, die nicht angenehm, aber notwendig oder unangenehm und überflüssig oder besonders gewalttätig und dann sexuell übergriffig sind, ist wesentlich schwieriger zu treffen. Übergriffe können viel leichter als notwendige Intimpflege legalisiert werden. Zudem wird der Körper eines / einer Behinderten oft nicht als sexuelles Wesen anerkannt. Der Körper wird nur funktional gesehen in der Pflege, Essen, Trinken Sauberhalten, der Körper wird ein öffentliches Funktionsding. Kinder können sich schwer äußern, ihren Unmut darstellen. Wenn sie unangenehme Pflege in Frage stellen, gehen sie vielleicht das Risiko ein, weniger qualifiziert gepflegt zu werden. Geistig behinderte Kinder und Jugendliche drücken oft Freude körperlich direkt aus, auch das kann zum Risiko von sexueller Ausbeutung werden.“

Wer sind die Täter und Täterinnen?

Nach vielen Studien sind TäterInnen und Opfer sich meistens nicht fremd. Man geht davon aus, dass 75–80% der Täter aus dem nahen Umfeld des Opfers kommen: aus der Familie, dem Behindertensport, den Schulen, den Institutionen und Fahrdiensten. Es gibt TäterInnen, die sich sehr gezielt Institutionen als Arbeitsfeld aussuchen.

„Leider geschieht sehr viel häufiger als angenommen auch sexuelle Gewalt unter Menschen mit Behinderung selbst. In der Studie über die Gewalt an Frauen standen Männer mit Behinderung als Täter an dritter, in der

Männerstudie an erster Stelle. Die Täterprävention muss nachhaltig ausgebaut werden. Sexuelle Bildung muss ein Teil davon sein, denn wir stellen fest, dass vor allem dort, wo Gewalt unter Menschen mit Behinderung stattfindet, die Täter und Täterinnen in der Regel sexuell nicht aufgeklärt sind und aufgrund fehlenden Wissens handeln. Zum größten Teil geben sie einfach weiter, was sie selbst erfahren mussten, weil sie meinen, dass man so Sexualität lebt. Viele von ihnen haben sexuelle Gewalt durch nicht behinderte Männer erleben müssen und glauben deshalb, dass dies die Art und Weise ist, wie nicht behinderte Männer Sexualität leben.“ (Zemp, 2010)

Hinweise auf sexuelle Gewalt

Fallbeispiele

Fallbeispiel 1

Eine Mutter kommt mit ihrer geistig behinderten Tochter in meine Sprechstunde zur Beratung über Verhütungsmittel, da die Tochter ein starkes Interesse an Männern zeigt und die Mutter verhindern will, dass eine Schwangerschaft bei ihrer Tochter eintritt. Daniela, die seit ihrer Geburt eine geistige Behinderung hat, ist eine hübsche Zwanzigjährige, deren Behinderung erst auf den zweiten Blick auffällt. Sie arbeitet in einer beschützenden Werkstatt und wohnt zu Hause bei der Mutter. Bei dem ersten Gespräch fällt die sehr direkte Art und Distanzlosigkeit auf. Über „da wo Kinder her kommen“ ist sie aufgeklärt und willigt auch problemlos in eine gynäkologische Untersuchung ein. Sie legt sich sehr demonstrativ und ohne Scham auf den gynäkologischen Stuhl. Bei der Untersuchung fällt der sehr weit klaffend Scheideneingang auf und die spärlichen Reste des Jungfernhäutchens, Verletzungen und Hämatome weist sie nicht auf. Daniela verneint, dass sie einen Freund hat. Eine weitere Befragung lässt sie nicht zu. Beim Verlassen der Praxis bettelt sie um eine Belohnung, sie bekommt doch sonst immer eine. Alarmiert über ihr Verhalten und den Befund von Daniela spreche ich die Mutter darauf an. Sie weiß über keine sexuellen Kontakte Bescheid, sie kann sich jedoch vorstellen, dass in der Werkstadt es zum Geschlechtsverkehr gekommen sein könnte. Die Betreuung in der Werkstatt schließt dies jedoch sicher aus und es wird beschlossen mit der Sexualpädagogin, die Daniela früher betreut hat, dem Verdacht auf den Grund zu gehen. In einem Rollenspiel mit Puppen erzählt sie von einem „Onkel“, der mit ihr „spielt“ und wenn

sie brav ist, bekommt sie Geschenke. Ein naher Verwandter, der die Familie öfters besucht und Daniela betreut, wenn die Mutter keine Zeit hat, hat sie seit ihrem fünfzehnten Lebensjahr sexuell ausgebeutet und durch Geschenke gefügig gemacht. Ihm fehlt jedes Unrechtsbewusstsein, da Daniela sich nicht wehrte. Daniela bekommt eine sexualpädagogische Schulung über Sexualität angepasst ihrer Behinderung und geht seitdem bewusster mit ihrem Körper um. Eine Schwangerschaft oder sexuelle übertragbare Erkrankungen traten zum Glück nicht ein.

Fallbeispiel 2

Eine 25-Jährige Frau mit geistiger Behinderung wird in der gynäkologischen Praxis von einer Betreuerin vorgestellt. Die Betreuerin vermutet eine Genitalinfektion, weil die Patientin sich im Genitalbereich ständig reibe und kratze. Es wird auch der Verdacht geäußert, dass ein sexueller Missbrauch stattgefunden habe. Frau S. ist keiner Kommunikation zugänglich. Sie lässt keine körperliche Untersuchung zu. Ich verordne Sitzbäder und bestelle sie wieder ein. Beim 2. Besuch geht Frau S. erst durch das Sprechzimmer, begutachtet alle Instrumente und Einrichtungsgegenstände und setzt sich dann an den Sprechstisch. Eine verbale Kommunikation ist immer noch nicht möglich. Eine Untersuchung des Bauches lässt sie jedoch zu, bei der Ultraschalluntersuchung wird sie jedoch panisch, als das Gel auf den Bauch kommt. Ich versichere ihr, dass nichts gegen ihren Willen geschieht und sie beruhigt sich. Die Beschwerden im Genitalbereich sind etwas besser geworden. Bei der nächsten und übernächsten Untersuchung lässt sie Ultraschalluntersuchung zu. Erst beim 5. Besuch entkleidet sie sich vollständig und lässt sich auf der Liege untersuchen. Eine Schwellung und Rötung im Bereich der Klitoris fällt auf, der Introitus ist jedoch nicht gerötet, noch zeigen sich irgendwelche Verletzungen. Eine Begutachtung des Hymens ist nicht möglich. Eine Woche später bekomme ich einen Anruf von Heim wo Frau S. wohnt. Eine Betreuerin ist per Zufall in das Zimmer gekommen, während Frau S. heftig an der rauen Bettkante masturbierte. Die Beschwerden waren auf exzessives und mit inadäquaten Mitteln durchgeführtes Masturbieren zurückzuführen. Frau S. hatte eine gleichgeschlechtliche Beziehung zu einer Frau, die aus dem Heim ausziehen musste. Durch den Verlust der Freundin geriet sie unter starken psychischen Druck, der sich in ihrem Verhalten äußerte. Eine Betreuerin besorgte Frau S. ein passendes Sexspielzeug und nach 1 Jahr hatte Frau S. wieder eine Freundin. In meine Sprechstunde kommt sie mit der Betreuerin zweimal im Jahr auch

ohne Beschwerden, da so ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann.

Jede Äußerung eines Kindes und geistig behinderten Erwachsenen auf sexuelle Belästigung oder körperliche Übergriffe muss ernst genommen werden! Es ist oft sehr schwierig sexuelle Gewalt aufzudecken. Der Nachweis von Spermien gelingt nur in den ersten Stunden (maximal 3–4 Tage), Wunden im Genitalbereich heilen sehr schnell, Verletzungen können sich auch auf anderem Wege ereignen. Das Fehlen körperlicher Befunde schließt jedoch einen sexuellen Missbrauch nicht aus.

Beweis für einen sexuellen Missbrauch

- ◆ eine Schwangerschaft
- ◆ akute Kohabitationsverletzungen
- ◆ Spermienachweis aus Vagina, Rektum, Mund und anderen Körperstellen
- ◆ sexuell übertragbare Krankheiten: HIV, Gonorrhöe; Syphilis

Deutliche Zeichen von (sexueller) Gewalt sind (nach Herrmann & Navratil, 2005):

- ◆ Unerklärbare Blutergüsse, blaue Flecken oder Verletzungen (typische Lokalisation: Innenseite der Oberschenkel, Würgemale, Griffspuren, Bissverletzungen)
- ◆ Häufiges Wundsein, Ausfluss: vaginal, urethral oder rektal
- ◆ Infektionen mit sexuell übertragbaren Krankheiten (Chlamydien, Trichomonaden)
- ◆ Obstipation, Defäkationsbeschwerden, Bauchschmerzen
- ◆ tiefe Kerben an typischer Lokalisation im Bereich des Hymens

Indirekte Hinweise auf eine sexuelle Gewalterfahrung oder Ausbeutung:

- ◆ Verhaltensauffälligkeiten: Angst vor Nähe und Berührung, Verlassensängste, klammerndes Verhalten
- ◆ Rückzug: die Betroffene in sich gekehrt, sitzt herum, wirkt bedrückt
- ◆ sexualisiertes Verhalten: Die Täter tauschen Aufmerksamkeit und Zuwendung gegen Sex. Das Opfer wird für sexuelles Verhalten belohnt. Folgen können zwanghaftes sexuelles Verhalten, sehr häufiges öffentliches Masturbieren, sexualisierte Sprache sein
- ◆ Essstörungen, Alkohol-, Drogenmissbrauch
- ◆ Schlafstörungen, Alpträume

- ◆ Selbstverletzungen
- ◆ wiedereinsetzendes Einnässen und Einkoten bei vorher unauffälligem Miktions- oder Stuhlverhalten. Die Täter setzen das Opfer unter Druck, zwingen zur Geheimhaltung, beschuldigen oder beschimpfen das Opfer. Folgen: Schuld, Scham,
- ◆ niedriges Selbstwertgefühl, beschädigtes Urteilsvermögen, extremes Misstrauen, extremes Kontrollbedürfnis.

Bei **Verdacht auf sexuelle Missbrauch und Gewalt** ist ein überlegtes und behutsames Vorgehen sehr wichtig. Zu schnelles Handeln kann den Täter eher nützen und dem Opfer noch mehr Schaden zufügen. Der meiste sexuelle Missbrauch erstreckt sich über Monate und Jahre und wird durch nahe Bezugspersonen ausgeführt. Schnelles Handeln ist aber bei akuten Situationen wie z. B. Vergewaltigung vonnöten. Da die wenigsten Ärzte geschult sind, sexuellen Missbrauch aufzudecken und mit Opfern umzugehen, sollte professionelle Hilfe bei sexualmedizinisch geschulten Ärzten und Psychologen oder bei Beratungsstellen mit Sexualpädagogen aufgesucht werden.

Ärztliche Untersuchungen bei geistig behinderten Menschen und Kindern setzen ein gutes Vertrauensverhältnis voraus. Das Tempo bestimmt der Behinderte selbst. Er hat jederzeit die Möglichkeit nein zu sagen. Die Hilf- und Machtlosigkeit des Opfers bei sexuellen Übergriffen sollte auf keinen Fall sich in der Untersuchungssituation wiederholen.

Folgen für das Opfer

„Je näher der Täter dem Opfer steht, je früher der Missbrauch beginnt und je länger er anhält, je massiver (penetrativer) und gewalttätiger die Übergriffe und je weniger das Opfer dem Einwirken des Täters zu entziehen und/oder sich anderen offenbaren vermag, umso gravierender die Spät- oder Langzeitfolgen.“ (Beier, 2005)

Das Risiko einer Re-Viktimisierung ist erhöht, das heißt, nochmals Opfer sexueller Gewalt zu werden. Bei behinderten Menschen mit Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen ist in der Vorgeschichte viel häufiger ein sexueller Missbrauch zu finden.

Häufig sind auch sexuelle Funktionsstörungen, Geschlechtsidentitätsstörungen, Essstörungen und Alkohol- und Drogenmissbrauch. „Sexuelle Gewalt kann zu massiven psychischen und physischen Gesundheitsproblemen für die Betroffenen führen und schafft großes Leid. Von sexueller Gewalt betroffene Menschen mit Beeinträchtigungen machen auf ihre Art auf das Erlebte aufmerksam. Sie zeigen zum Beispiel Verhaltens- und Wahrnehmungsstö-

rungen, aggressives Verhalten gegen sich selbst und andere oder regressives Verhalten. Häufig treten plötzlich Schwindelanfälle auf, die betroffene Person wird auf Epilepsie untersucht – ohne Befund. Trotzdem bekommen sie Epilepsiemittel, obwohl man um die starken Nebenwirkungen weiß. Damit nimmt man den Opfern ihre Art der Überlebensstrategie, denn diese Schwindelanfälle tauchen dann auf, wenn ein Geräusch, ein Bild, ein Geruch usw. an die Gewalterfahrung erinnert. In diesem Fall hilft der Schwindelanfall, die traumatisierenden Bilder für den Augenblick zu verdrängen. Sehr oft werden solche Signale vorschnell der Behinderung zugeschrieben. Das kann nötige und mögliche Hilfe für betroffene Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Beeinträchtigung verhindern.“ (Zemp, 2010)

Schwangerschaftsverhütung

Geistige behinderte Mädchen und Frauen bekommen auch heute noch wenig Information über Sexualität und Verhütung. Im weiteren Sinne beinhaltet auch das Vorhalten von Information zu Sexualität und Verhütung Eingriffe in die sexuelle Selbstbestimmung. Weit mehr Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung werden Verhütungsmittel ohne ihr Wissen verabreicht, als sie überhaupt Partner haben – aus Angst vor einer möglichen Schwangerschaft durch eine Vergewaltigung. Für die Frauen jedoch erhöht es das Risiko von sexueller Gewalt, weil die Folgen sexueller Übergriffe, eine Schwangerschaft, nicht eintreten können:

„Die Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit geistiger Behinderung richtet sich zunächst nach den allgemein gesetzlichen Bestimmungen zur ärztlichen Behandlung. Für geschäftsunfähige oder in ihrer Geschäftsfähigkeit beschränkte Kinder und Jugendliche schließen die Sorgeberechtigten, in der Regel also die Eltern, den Behandlungsvertrag mit den Ärzten. Die gesetzliche Vertretungsmacht der Eltern erlischt automatisch mit der Volljährigkeit ihrer Kinder. Für geschäftsunfähige Erwachsene kann jedoch auf Antrag vom Vormundschaftsgericht ein gesetzlicher Betreuer bestellt werden, der ihre Rechtsgeschäfte wahrzunehmen hat. Ärztliche Eingriffe – auch die Medikamentenvergabe – stellen juristisch gesehen der Handlung nach eine Körperverletzung dar, wenn der Patient nicht einwilligt.

Eine wirksame Einwilligung liegt nur vor, wenn die Patientin über Inhalt, Umfang und Folgen des ärztlichen Eingriffs umfassend informiert wurde und die Tragweite der Einwilligung zu erfassen vermag. Menschen mit geistiger Behinderung sind nicht per se einwilligungsunfähig. Auch dann nicht, wenn sie minderjährig sind oder aufgrund der Schwere ihrer Behinderung als geschäftsun-

fähig angesehen werden. Selbst wenn sie also nicht vom Gesetz befähigt werden, selbst einen Behandlungsvertrag mit der Ärztin oder dem Arzt zu schließen, können sie dennoch in der Lage sein, persönlich über den Inhalt der Behandlung zu bestimmen. Dies ist bei jeder ärztlichen Behandlung im Einzelfall zu entscheiden. Soweit die Patientin zur selbstbestimmten Entscheidung in der Lage ist, ist für die Entscheidung durch einen gesetzlichen Vertreter kein Platz.

Die Entscheidung über die geeignete Form der Schwangerschaftsverhütung bei einwilligungsunfähigen Erwachsenen ist von Ärzten und Betreuern daher alleine an Wohl und Wünschen der Patientin auszurichten. So darf einer Dreimonatsspritze nicht alleine deshalb der Vorzug vor der Pille gegeben werden, weil sie den Pflegekräften zusätzliche Arbeitsbelastung (z.B. die Pillenvergabe oder zusätzliche Hygiene) erspart.“ (Zinsmeister, 2001)

Bis zum Jahre 1992 wurden sehr viele Mädchen mit geistiger Behinderung vor Erreichen der Volljährigkeit prophylaktisch, meist ohne ihr Wissen, sterilisiert. Seit 1992 verbietet §1631 c BGB grundsätzlich die Sterilisation von Minderjährigen. Das Verbot erfasst medizinisch nicht indizierte Sterilisationen unabhängig davon, ob die oder der Minderjährige bzw. die Sorgeberechtigten in den Eingriff einwilligen oder nicht.

Einwilligungsfähige Volljährige haben dagegen grundsätzlich das Recht, sich freiwillig sterilisieren zu lassen, unter der Voraussetzung, dass über die Risiken und Folgen umfassend aufgeklärt wurde und der oder die Betreffende selbst in der Lage ist, die Tragweite der Entscheidung zu erfassen, d.h. einwilligungsfähig ist. „Wiederholt berichten Frauen mit geistiger Behinderung, dass sie in ihre Sterilisation nur eingewilligt haben, weil ihnen von klein auf erzählt wurde, sie könnten aufgrund ihrer Behinderung eh keine Kinder bekommen. Eine solche auf Fehlinformationen erteilte Zustimmung stellt rechtlich keine wirksame Einwilligung dar.“ (Zinsmeister, 2001)

Die Sterilisation dauerhaft einwilligungsunfähiger Erwachsener ist in §1905 BGB detailliert geregelt. Anstelle der Betroffenen können nur eigens hierfür bestellte gesetzliche Betreuerinnen oder Betreuer in die Sterilisation einwilligen; diese Einwilligung muss vor Durchführung des Eingriffs vom Vormundschaftsgericht genehmigt werden. Die gesetzlichen Betreuer und das Vormundschaftsgericht haben dabei zu prüfen, ob die notwendigen Voraussetzungen für die Vornahme des Eingriffs vorliegen. Fehlt eine der Voraussetzungen, darf die Sterilisation nicht vorgenommen werden.

Eine Sterilisation ist nach §1905 BGB nur dann möglich, „wenn die Sterilisation dem Willen des Betreuten nicht widerspricht, er auf Dauer einwilligungsunfähig bleiben wird, anzunehmen ist, dass es ohne Sterilisation zu einer Schwangerschaft kommen würde und infolge

dieser Schwangerschaft eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren zu erwarten wäre, die nicht auf zumutbare Weise abgewendet werden kann“ (Zinsmeister, 2001).

Prophylaxe

Als **Schutz vor sexuellen Missbrauch und Gewalt** gibt es nach Ansicht von Fachleuten nur ein Konzept: sexualpädagogische Aufklärung, immer wieder, nicht nur bei Kindern und Jugendlichen sondern auch bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung (Achilles, 2009). Fehlendes Wissen über den eigenen Körper, über Wünsche und auch Rechte hat oft zu Folge, dass Handlungen, Behauptungen, Versprechen oder Drohungen nicht richtig eingeschätzt werden können. Auch Menschen mit geistiger Behinderung können durch sexualpädagogische Konzepte das nötige Wissen vermittelt bekommen. Folgende sechs Punkte haben sich als sehr hilfreich erwiesen:

1. Dein Körper gehört dir
2. Vertraue deinem Gefühl
3. Es gibt verschiedene Berührungen
4. „Nein“ sagen ist erlaubt
5. Es gibt „gute“ und „schlechte“ Geheimnisse
6. In USA wird vor allem Kindern und behinderten Frauen eingeprägt: „Say no, get away, and tell someone!“

Die von Eltern behinderter Mädchen oft gewünschte Sterilisation verhindert keine sexuelle Gewalt, im Gegenteil sie bedeutet für den Täter mehr Sicherheit, weil keine Schwangerschaft eintreten kann.

Hilfen für eine selbstbestimmte Sexualität geistig behinderter Mädchen und Frauen

- ◆ Stärkung des Selbstwertgefühls und Selbstbewusstseins: Durch Wahrnehmungs- und Rollenspielen kann die sexuelle Selbstbestimmung gelernt werden. Zur Entwicklung eines positiven Körperbilds- und Selbstwertgefühls ist Aufklärungsarbeit speziell für Mädchen dringend notwendig. Es werden zunehmend Kurse zum Selbstbewusstseins- und Selbstbehauptungstraining für Mädchen mit geistiger Behinderung angeboten.
- ◆ Adäquate Sexuaufklärung auch über Schwangerschaftsverhütung und Unterstützung bei Kinderwunsch.

- ◆ Schaffung einer Privat- und Intimsphäre: Auch geistig behinderte Menschen sollten die Möglichkeit haben sich zurück zu ziehen. Die Körperhygiene und -pflege sollte möglichst selbstständig oder nur von gleichgeschlechtlichen Pflegern oder Hilfspersonen durchgeführt werden. Mädchen und Frauen sollten genaue Aufklärung über die Menstruation und über die erforderlichen Hygienemaßnahmen durch geschultes Betreuungspersonal erhalten.
- ◆ Körperkontakt ohne altersadäquaten, pflegerischen oder pädagogischen Grund ist nicht zulässig, Wahrung der Scham- und Distanzgrenzen.
- ◆ Keine Unterstützung von sexualisierter Kommunikation, Kleidung oder Sprache.

Folgende Leitlinien zum Umgang von Nähe und Distanz für Mitarbeiter von Institutionen werden im Rohdatenbericht aufgestellt: „Es braucht in Einrichtungen von Mädchen und Jungen dringend Fortbildung der MitarbeiterInnen und Eltern zu diesem Themenbereich. Supervision ist unerlässlich. Aufsichtssysteme müssen durchgängig so gestaltet werden, dass man offen mit Fehlverhalten umgehen kann. Die Kinder und die Jugendlichen brauchen Vertrauenspersonen außerhalb der Institutionen, die nichts mit dem Machtssystem der Einrichtung zu tun haben. Studien zu speziellen Präventionsprogrammen für Kinder mit Behinderungen zeigen, dass generell stark individualisierte, auf Einbezug der Eltern bzw. Betreuungspersonal setzende und (bei geistig beeinträchtigten Kindern) hochgradig strukturierte bzw. mit Wiederholungen arbeitende Vorgehensweisen empfehlenswert sind.“ (Rohdatenbericht März, 2011)

Schlusswort

Im Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs schreibt Bergmann:

„Kinder bzw. Jugendliche mit Behinderung unterliegen einem erhöhten Gefährdungsrisiko, da sie nach Schwere der Behinderung von der Versorgung und Pflege anderer abhängen und die Grenzen zwischen Pflege, Misshandlung und sexuellem Übergriff sehr fließend und schmal sein können. Es ist deshalb wichtig ihre Bedarfslage zu kennen und geeignete Maßnahmen zur Prävention des sexuellen Missbrauchs von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen zu entwickeln.“

Literatur und Quellen

- Abschlussbericht des Projekts „Netzwerk gegen sexuelle Gewalt an Menschen mit Lern-/geistiger Behinderung“ – Prävention und Beratung. Ein Projekt des Cariatsverbandes für das Erzbistum Paderborn, 2011. Online verfügbar: <http://www.caritas-paderborn.de/60035.html>, Stand 3.1.2011.
- Achilles, I., 2009. „Was macht Ihr Sohn denn da?“ Sexualität und geistige Behinderung, Ernst-Reinhardt-Verlag, 5. Aufl.
- Achilles, I., Bätz, R., Bartzok, M., 2005. Sexualpädagogische Materialien für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Weinheim: Juventa.
- Arnade, S., 2007. Sexualität, Partnerschaft, Mutterschaft und Familienarbeit. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Einmischen. Mitmischen. Informationsbroschüre für behinderte Mädchen und Frauen. Berlin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Beier, K.M., Bosinski H.A.G., Loewit K., (Hrsg.), 2005, Sexualmedizin. Urban & Fischer, München, Jena.
- Bergmann, C., April 2011. Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs.
- Bergmann, C., März 2011. Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen. Rohdatenbericht im Auftrag der unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs.
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg), Stand Januar 2011. Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen.
- Delisle, B. 2010. Sexuelle Gewalt gegen Menschen mit Behinderung. Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung. In: Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, 7. Jahrgang Heft 1, 7/2010.
- Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI), April 2010. Literaturexpertisen zur sexuellen Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in Institutionen und in der Familie. Die Expertisen sind Teil eines Forschungsprojekts, das vom 1. Juli 2010 bis 31. Juli 2011 läuft und sich in drei Module gliedert: Expertisen zum Forschungsstand, eine standardisierte Institutionenbefragung sowie eine Fokusgruppen-Befragung. Die Module gliedern sich wie folgt: Modul 1: Literaturexpertisen zum Forschungsstand. 1. Expertise zu sexueller Gewalt in der Familie von Prof. Dr. Walter Zimmermann. 2. Expertise zu sexueller Gewalt in Institutionen von Claudia Bundschuh. 3. Expertise zur Wirksamkeit von Prävention und Intervention bei sexueller Gewalt gegen Kinder in Institutionen und in der Familie von Amyna e.V. Modul 2: Standardisierte Institutionenbefragung.
- Die Fragestellung des zweiten Moduls richtete sich vor allem auf a) den Umgang mit Verdachtsfällen sexuellen Missbrauchs, b) fachliche Konzepte beim Vorkommen sexueller Gewalt, c) bereits geleistete Anstrengungen in der Prävention. Die anonyme Befragung wurde in Schulen, Internaten und Heimen durchgeführt. Modul 3: Fokusgruppen und Interviews. Das dritte Modul sollte einen vertiefenden Einblick in die Umgangsweisen mit sexueller Gewalt sowie das Vorkommen von sexueller Gewalt in Institutionen, aber auch im privaten Umfeld ermöglichen. Die Fragestellungen richten sich hierbei vor allem auf Erfahrungen von Fachkräften mit von sexueller Gewalt betroffenen Personen sowie auf die Erfahrungen unterschiedlicher Professionen, die mit der Aufarbeitung und Beratung in unterschiedlichen Institutionen befasst sind. Die Fokusgruppen wurden um Interviews ergänzt. Ziel der Fokusgruppen und Interviews war es, die Hilfe-, Interventions- und Präventionsprozesse und -strukturen – auch aus der Betroffenenperspektive – zu beleuchten. Die Ergebnisse der Institutionenbefragung und der Fokusgruppen bzw. Interviews sind dem am 24. Mai 2011 erschienenen Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten sowie dem im Juni 2011 erschienenen Projektbericht des DJI zu entnehmen.
- Helming, E., Kindler, H., Langmeyer, A., Mayer, M., Entleitner Ch., Mosser, P., Wolff, M., 2011. Bulletin des Deutschen Jugendinstituts 3/2011. Sexuelle Gewalt gegen Kinder. Missbrauch an Institutionen. Forschungsergebnisse und Empfehlungen für einen besseren Kinderschutz.
- Herrmann, B., Navratil, F., 2005. Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch. Kinder- und Jugendarzt 36: 181ff.
- Noack, C., Schmidt, H.J., 1994. Sexuelle Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung. Eine verleugnete Realität. Verband evangelischer Einrichtungen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung e.V. Stuttgart.
- Rat für Kriminalitätsverhütung, Hrsg. Innenministerium des Landes Schleswig Holstein, August 2003. Konzept für Kriminalitätsverhütung. Gewalt gegen Menschen mit Behinderung. www.schleswig-holstein.de.
- Walter, J. (Hrsg.), 2005. Sexualität und geistige Behinderung. Universitätsverlag, Heidelberg, Winter 6. Aufl.
- Zemp, A., 2010. Ich bestimme selbst. Prävention von sexueller Gewalt bei Menschen mit einer Behinderung, FORUM, BZgA 1/2010.
- Zemp, A., Pircher E., 1996. „Weil das alles weh tut mit Gewalt – Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung“, Schriftenreihe des Frauenministeriums Wien.
- Zinsmeister, J., 2001. Sexualität und geistige Behinderung – die gesetzlichen Regelungen der Schwangerschaftsverhütung und Sterilisation. Vortrag zur Tagung Sexualität und geistige Behinderung, München.

Autorin

Dr. med. Birgit Delisle, Fürstenrieder Straße 35, 80686 München, email: ebemdelisle@t-online.de



Johann J. Reißmeier, Sexueller Missbrauch im kirchlichen Strafrecht. Verfahren – Zuständigkeiten – Strafen. Eine Handreichung

Tyrolia 2012, 120 S., ISBN 978-3-7022-3146-0, Preis 14,95 €

Sexueller Missbrauch vor dem Kirchengericht: Fälle sexuellen Missbrauchs Minderjähriger durch Kleriker stellen einen schweren Eingriff in die Persönlichkeitsrechte von jungen Menschen dar mit der Folge oft lebenslanger Schäden. Darüber hinaus ist das Ansehen der Kirche und in Verbindung damit die Glaubwürdigkeit ihrer Verkündigung in hohem Maße betroffen. Anliegen der Arbeit ist es aufzuzeigen, welche Normierungen es seitens des universalkirchlichen Gesetzgebers im Umgang mit dieser Problematik gibt und mit welchen Fragen sich ein kirchenrechtliches Strafverfahren zu beschäftigen hat.

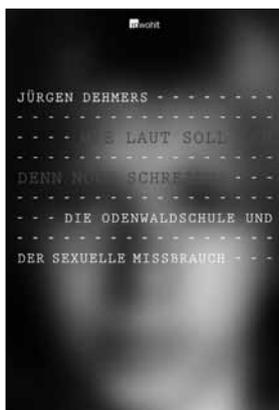
Behandelt wird der Strafrechtstatbestand, der Ablauf eines kirchenrechtlichen Strafverfahrens in diesem Zusammenhang, die Schadenersatzfrage, die Strafzumessung, die Verjährung sowie mögliche Strafen.



Rainer Stadler, Bastian Obermayer, Bruder, was hast du getan? Kloster Ettal. Die Täter, die Opfer, das System

Kiepenheuer & Witsch 2011, 280 S., geb., ISBN-10: 3462043404, Preis 18,99 €

Der Missbrauch hatte System. Im Frühjahr 2010 wurde bekannt, dass geistliche Erzieher am Kloster Ettal ihnen anvertraute Internatsschüler über Jahrzehnte seelisch wie körperlich misshandelt und sexuell missbraucht hatten. Die Mönche kündigten an, alle Fälle gnadenlos aufzuklären. Wie sieht die Wahrheit aus? In ihrer Dimension stellten die Berichte über die bayerische Benediktinerabtei einen traurigen Höhepunkt unter all den Schreckensnachrichten aus konfessionellen Erziehungseinrichtungen dar, die an die Öffentlichkeit gedrungen sind. Wie konnte es geschehen, dass sich ein scheinbar so gottesfürchtiges Idyll vor der malerischen Kulisse der Alpen für so viele Kinder und Jugendliche als Ort des Grauens entpuppte? Bastian Obermayer und Rainer Stadler haben mit mehr als 50 ehemaligen Schülern gesprochen, die teilweise bis heute unter dem Trauma ihrer Schulzeit leiden.



Jürgen Dehmers, Wie laut soll ich denn noch schreien? Die Odenwaldschule und der sexuelle Missbrauch

Rowohlt 2011, 320 S., geb., ISBN-10: 3498013327, Preis 19,90 €

Der Missbrauchsskandal an der Odenwaldschule hat die deutsche Öffentlichkeit in Atem gehalten. Dass ausgerechnet in einer pädagogischen Modellschule sexuelle Übergriffe stattgefunden haben, schockierte die Menschen – und viele wollten die schreckliche Wahrheit zuerst nicht glauben, weil die Ereignisse ihre Vorstellungskraft überstiegen. Dazu sagt Jürgen Dehmers: "Hört auf, euch etwas vorzustellen, hört uns endlich zu!"

Mittlerweile ist bekannt, dass über hundert Schüler Opfer des Missbrauchs wurden und mehr als ein Dutzend Lehrer und Erzieher zu den Tätern gehören.

Mit Jürgen Dehmers berichtet der Initiator der Aufklärung persönlich von den Vorfällen. Dehmers gelang es bereits als jungem Mann, trotz massiver Traumatisierungen und ideologischer Gehirnwäsche ein Leben nach der Odenwaldschule zu finden und Distanz zwischen sich und den schrecklichen Erlebnissen zu schaffen.



Jürgen Oelkers, Eros und Herrschaft. Die dunklen Seiten der Reformpädagogik

Beltz 2011, 340 S., geb., ISBN: 978-3-407-85937-2, Preis 22,90 €

Jürgen Oelkers stellt den Gründungsmythos der Reformpädagogik vom Kopf auf die Füße: Das wahre Gesicht der ursprünglichen Reformpädagogik ist gekennzeichnet von getarnten sexuellen Übergriffen, der Demütigung zahlreicher Schüler, von Führerkult und Intrigen. Die politischen Optionen waren völkisch, chauvinistisch und oft begleitet von rassistischen und antisemitischen Tendenzen.

Die Geschichte der Reformpädagogik ist nie von ihrer dunklen Seite her erzählt worden. Stattdessen überwiegen bis heute die Verherrlichung ihrer Gründerväter und die Beschwörung einer "neuen" und "besseren" Erziehung. Anhand von bislang unerschlossenen Quellen zeichnet Jürgen Oelkers nach, wie sich das Leben an den wichtigsten reformpädagogischen Gründungsprojekten, u.a. der Odenwaldschule, wirklich abgespielt hat und erklärt damit, warum die im Laufe des Jahres 2010 bekannt gewordenen Fälle sexueller Übergriffe über Jahrzehnte hinweg bis heute verheimlicht und verschwiegen werden konnten.

Sexualaufklärung in der deutschen Aufklärung – Christian Wolff über die Erzeugung des Menschen

Stefan Borchers

Sex education in the german enlightenment – Christian Wolff on the procreation of man

Abstract

Christian Wolff was the first professor to teach about human sexuality in German. A lecture note reveals that in 1717/18 he held a lecture on the theory of procreation at Halle University. The text indicates that Wolff gave his topic wide scope, even covering aspects of sexuality not connected with procreation. Thus, he anticipated a kind of sex education. Indeed, he used ample and vivid examples to illustrate the lesson for his young male audience. The lecture note is an outstanding example of Wolff's methodological program connecting theoretical and empirical knowledge. Furthermore, it shows Wolff as committed to a physico-theological interpretation of procreation and reveals that in eighteenth-century thought the physiology and metaphysics of generation still formed a unity. The document substantiates both the reasons for Wolff's enormous success as an academic teacher and his quarrel with the Halle theologians. The lecture on generation was the bone of contention for an argument which intensified during the following years and culminated in Wolff's dismissal.

Keywords: Sex education, 18th century, theory of procreation, preformism

Zusammenfassung

Christian Wolff hat als erster Universitätslehrer in deutscher Sprache über Fragen der menschlichen Sexualität doziert. Er tat das in einer 1717/18 an der Universität Halle gehaltenen Vorlesung über die Zeugungslehre, die in Form einer Nachschrift überliefert ist. Das Dokument zeigt, dass Wolff den Rahmen der Vorlesung sehr weit gefasst hat und neben der Zeugungslehre auch solche Aspekte der Sexualität behandelt hat, die nicht im Dienst der Zeugung stehen. Dadurch gewann die Vorlesung Züge eines frühen Aufklärungsunterrichts, den Wolff zudem durch breit ausgeführte Beispiele für seine jungen männlichen Hörer besonders anschaulich und interessant gestaltet hat. Die Kollegnachschrift belegt die Empirie und Theorie zusammenschließende Anlage der Vorlesung, was sie zu einem herausragenden Dokument für die Umsetzung von Wolffs methodologischem Programm macht. Ferner zeigt sie Wolff als engagierten Vertreter einer physikotheo-

logischen Deutung der biologischen Generation und macht die im 18. Jahrhundert noch grundlegende Doppelung von Zeugungsphysiologie und Zeugungsmetaphysik einseitig. Das Dokument lässt sowohl die Gründe von Wolffs großem Lehrerfolg erkennen als auch die Ursachen seiner Auseinandersetzung mit den halleischen Theologen. Das Kolleg über die Zeugungslehre bildete den ersten Anstoß für einen sich über Jahre hinziehenden Streit, der schließlich zu Wolffs Vertreibung aus Halle geführt hat.

Schlüsselwörter: Aufklärungsunterricht, 18. Jahrhundert, Zeugungstheorie, Präformationismus

Der Naturforscher und Philosoph Christian Wolff gilt als „zentrale Gestalt der deutschen Aufklärungsphilosophie“ (Schwaiger, 2000). Dass er sich zugleich auch als Sexualaufklärer betätigt hat, ist bislang allerdings unbekannt geblieben. Dabei war Wolff vermutlich der erste Universitätslehrer, der je in deutscher Sprache über Fragen der Sexualität doziert hat, nämlich als Professor an der Philosophischen Fakultät der Universität Halle im Wintersemester 1717/18 (vgl. Abb. 1 und 2). Das belegt jetzt eine Kollegnachschrift, die sich in den Beständen der dortigen Universitätsbibliothek gefunden hat.¹ Das Dokument fügt sich sowohl in die Vorgeschichte der Sexualwissenschaft als auch in die Geschichte ihrer Verfemung ein. Denn durch seinen akademischen „Aufklärungsunterricht“ hat Wolff sich zuallererst das Misstrauen seiner halleischen Kollegen, insbesondere der Professoren der pietistisch geprägten Theologischen Fakultät, zugezogen. Sie führten in den folgenden Jahren eine regelrechte Kampagne gegen ihn und bewirkten schließlich, dass er 1723 wegen angeblicher atheistischer Tendenzen seiner Philosophie seines Lehramts enthoben und „bei Strafe des Stranges“ aus Preußen vertrieben wurde (Beutel, 2007). Das Kolleg von 1717/18 ist somit Teil jener dramatischen Entwicklung, die Wolff beinahe zum Märtyrer der Aufklärung gemacht hätte.

¹ Es handelt sich um eine Nachschrift von unbekannter Hand mit dem Titel: *Observationes Quibus Theoria Generationis Animalivm Superstrvenda. Distincte Praepositae à Viro Excell. atque Clariss. Christiano Wolffio. Universitäts- und Landesbibliothek Sachsen-Anhalt in Halle (Saale), Sondersammlungen, Yg 8° 54.* Die Handschrift ist unfoliiert, aber mit alphabetischen Bogensignaturen für die einzelnen Papierlagen versehen. Zitate werden im Folgenden durch Bogen- und Blattangaben nachgewiesen. Eine Edition des Textes im Rahmen von Wolffs Gesammelten Werken (WGW) ist geplant.



Abb. 1 Christian Wolff, *24. Januar 1679 in Breslau, † 9. April 1754 in Halle (Saale), etwa zur Zeit seiner Vorlesung über die Zeugungslehre

Zeugungslehre im akademischen Unterricht

Wolff war im Jahr 1706 an die erst zwölf Jahre zuvor gegründete Friedrichs-Universität zu Halle berufen worden, und zwar als Professor der Mathematik. Der Universalgelehrte Gottfried Wilhelm Leibniz hatte ihn empfohlen und Wolff erfüllte die an ihn gestellten Erwartungen voll und ganz: Er legte Veröffentlichungen über alle Teile der reinen und angewandten Mathematik vor und verfasste Lehrbücher für den akademischen Unterricht, die noch bis zum Ende des Jahrhunderts Verwendung fanden (Lind, 1992, 99ff.). Darüber hinaus verlegte er sich seit 1709 auch auf die physikalischen Wissenschaften, die in Halle daniederlagen und nur behelfsweise von Professoren

der Medizinischen Fakultät vertreten wurden. Diese Bemühungen machten sich 1716 bezahlt, als Wolff zusätzlich zur Professur für Mathematik auch diejenige für Physik übertragen wurde (Borchers, 2009, 74). Daneben trat er im Laufe der Jahre verstärkt auch als „Philosoph“ im heutigen, engeren Sinn des Wortes in Erscheinung, indem er etwa Logik, Ethik oder Metaphysik unterrichtete, was zwar nicht seiner Bestallung entsprach, ihm als Angehörigem der Philosophischen Fakultät aber freistand.

In seiner Funktion als Physikprofessor wandte Wolff seine Aufmerksamkeit dann auch den Themenkomplexen Sexualität und Fortpflanzung zu, fiel doch das Zeugungsgeschäft als Gegenstand der Physiologie traditionellerweise in den Zuständigkeitsbereich der Physik. Zwar beschäftigten sich auch Mediziner mit Fragen der Zeugungslehre, sie taten das aber vornehmlich unter besonderen Gesichtspunkten wie sexueller Dysfunktionen, Sterilität oder embryonaler Fehlbildungen. Die Zeugungstheorie im Allgemeinen war aber unbestrittene Domäne der Physik. Dementsprechend wurde an der frühneuzeitlichen Universität, die noch keine eigenständigen Naturwissenschaften kannte, von der Zeugung der Lebewesen üblicherweise unter dem Dach der Philosophischen Fakultät gehandelt.

Es war also keineswegs ungewöhnlich, dass Christian Wolff im akademischen Jahr 1717/18 zwei Vorlesungen über die Theorie der biologischen Generation abhielt, zunächst im Sommersemester über die Physiologie und Vermehrung der Pflanzen, dann im Wintersemester über die Zeugung der Tiere und Menschen. Ungewöhnlich war jedoch, dass er das in deutscher Sprache tat, denn als akademische Unterrichtssprache war das Deutsche noch relativ jung. Erst Christian Thomasius hatte es 1687 an der Universität Leipzig eingeführt und bei seinem Wechsel nach Halle auch dort „salonfähig“ gemacht. Daneben wurde aber weiterhin in lateinischer Sprache unterrichtet und disputiert, und bei einem „heiklen“ Thema wie der menschlichen Sexualität hätte sich das eigentlich auch für Wolff angeboten. Denn das *decorum*, die auch dem Wissenschaftler gebotene Schicklichkeit der Rede, ließ sich im Medium der Gelehrtensprache wesentlich besser wahren als in der Volkssprache – man denke etwa noch an die lateinischen Passagen in Krafft-Ebings ansonsten deutsch geschriebener „Psychopathia sexualis“ von 1886. Doch scheint Wolff die Schicklichkeit seines Vortrags wenig Sorge bereitet zu haben: Er legte seiner Vorlesung bloß eine Reihe kurzer, lateinisch abgefasster Paragraphen zugrunde, die er dann recht freimütig auf Deutsch auslegte und kommentierte. Und genau damit zog er sich den Vorwurf zu, er pflege „in Physicis in der materia de generatione hominis sehr ärgerlich zu reden“ (Lange, 1725, 4).

Kennt man, wie das Gros der heutigen Philosophie- und Wissenschaftshistoriker, Wolff nur durch seine im Druck erschienenen Schriften, dann nimmt sich dieser

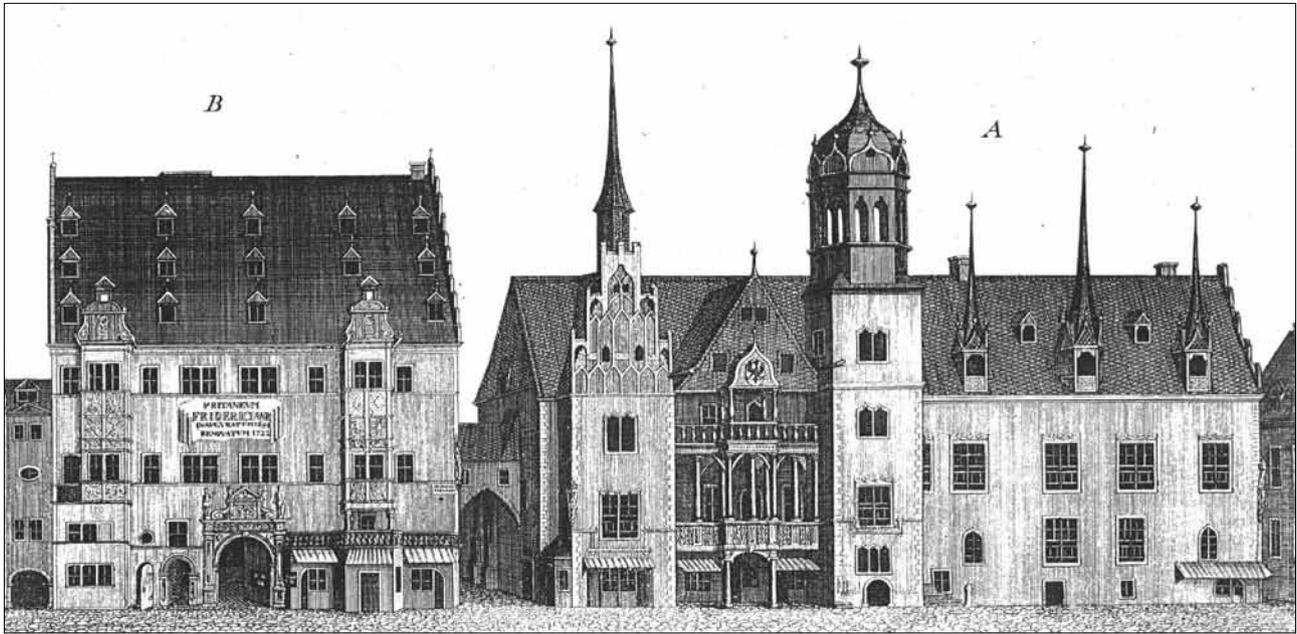


Abb. 2 Das Gebäude der Ratswaage (links), neben dem Rathaus auf dem Marktplatz in Halle gelegen, diente im 18. Jahrhundert als zentrale Vorlesungsstätte der Universität

Vorwurf zunächst absurd aus, denn im veröffentlichten Werk bediente er sich bei der Abhandlung des Zeugungsgeschehens einer zwar deutlichen, aber keineswegs anstößigen Sprache. Mehr noch: Seine Veröffentlichungen wurden sogar maßgebend bei der Herausbildung der deutschen Wissenschaftssprache (Menzel, 1996). Anstelle von Anzüglichkeit herrscht darin eher barocke Umständlichkeit vor. So spricht Wolff beispielsweise von den „Geburths-Gliedern“ beider Geschlechter als den „Werckzeugen“ zur „Verrichtung des Beyschlaffes“, ferner von der „männlichen Ruthe“, der „Mutter-Scheide“ oder den „Scham-Leffzen“ (Wolff, 1723, 1725). Diesem eher zurückhaltenden Wortgebrauch entspricht eine Dezenz im Inhalt, sodass sich der Eindruck vermittelt, seinen pietistischen Gegnern sei vor allem der Umstand ein Dorn im Auge gewesen, dass in der Öffentlichkeit überhaupt vom Zeugungsgeschäft geredet wurde. So jedenfalls stellte Wolff es im Nachhinein dar, indem er seine Verfolger des Frömmertums und der Heuchelei zieleh: „Ich weiß wohl, daß Leute in unseren Zeiten, die das Christentum in Heuchelei verkehren und durch äusserlichen Schein aus der Frömmigkeit ein Gepränge machen, nach ihrer Art bey denen, die nicht von ihrem Orden sind, alles zum ärgsten kehren, auch daher mich zu lästern Gelegenheit genommen, daß ich in der Physick, wo ich von Erzeugung der Menschen und Thiere gehandelt, Zucht und Ehrbarkeit liebende Gemüther geärgert hätte“ (Wolff, 1725, 502).

Durch solche Beteuerungen war das Gerücht jedoch nicht einfach aus der Welt zu schaffen. Noch Jahre später sah sich der Wolff-Anhänger Carl Günther Ludovici

in seiner Darstellung der Auseinandersetzungen um die Wolffsche Philosophie genötigt, der Behauptung entgegenzutreten, Wolff hätte „in seinen physicalischen Stunden die Lehre von der Erzeugung des Menschen allzuhandgreiflich und deutsch erklärt, daß die Anhänger der Hällischen Gottesgelehrten vor Schaam die Augen niedergeschlagen, und das bey ihnen dadurch erregte Aergerniß den Gottesgelehrten mit Seufzen und Thränen geklaget hätten“ (Ludovici, 1737, 95f.).

Ludovici tat diese Anschuldigung als gegenstandslos ab, womit für lange Zeit das letzte Wort gesprochen war, denn seine Version der Geschichte hat sich in der Folge auf ganzer Linie durchgesetzt, was nicht zuletzt dadurch begünstigt worden ist, dass er sie auch seinem Wolff-Artikel für das Zedlersche „Grosse vollständige Universal-Lexicon“, das umfangreichste Lexikon der Aufklärungsepoche, einverleibte (Ludovici, 1748, 576). Doch muss die Grundlage seiner durchweg parteiischen Darstellung bezweifelt werden, denn Ludovici hatte nie bei Wolff studiert, sondern bezog seine Kenntnisse allein aus dessen Veröffentlichungen. Die jetzt aufgefundenene Vorlesungsnachschrift (vgl. Abb. 3 und 4) macht es möglich, sich ein eigenes Urteil darüber zu bilden.

Das Dokument lässt erahnen, warum Wolff ein ebenso beliebter wie erfolgreicher Universitätslehrer gewesen ist, denn anders als in seinen im Druck erschienenen Schriften mit ihrer der sogenannten mathematischen Methode verpflichteten, streng deduktiven und in jeglichem Sinne „erschöpfenden“ Beweisführung bemühte er sich im akademischen Unterricht, seinem Publikum den Stoff so anschaulich wie möglich, ja geradezu kurz-

geworden sei, sichere Kennzeichen der Jungfräulichkeit anzugeben: „Neml[ich] das heutige Frauenzimmer in Teutschland, lernet auch die Italiänische Mode, daß es sich seine penes factitios hält, und statt des seminis virilis warme Milch gebrauchet, denn dadurch können einen [d.h. sich] die Jungfern so lange stoßen, bis das orificium weit genug wird“ (Kollegnachschrift, G 7v–7r).

Die Frage nach der Existenz eines weiblichen Samens bietet Wolff eine weitere Gelegenheit, um auf die Masturbation zu sprechen zu kommen. Er bestreitet die Existenz eines solchen Samens, räumt allerdings ein, dass Frauen vaginale Drüsenflüssigkeit ejakulieren könnten, „[e]ntweder da sie selbst die vaginam titilliren, daß sie sich mit Willen eine pollution machen, wie öfters auch die jungen Gesellen zu thun pflegen, oder wenn sie einen angenehmen Traum des Nachts von dergleichen safftigen Sachen haben, oder auch bey Tag oder Nacht eine angenehme Conversation haben, die aber nicht weiter als ad tactum sich erstrecken“ (Kollegnachschrift, G 1r). Die Eigendynamik der so geweckten Lust sei der Grund dafür, „daß die Jung-Gesellen et alii denen Jungfern gerne ein Griffgen dahin [d.h. an die Klitoris] thun, wenn sie können dahin kommen, neml[ich] daß sie sie in eine rechte Lust und Brunst ad coitum dadurch setzen möchten, und daher kommts auch, daß manche aus der großen Lust und angenehmen Begierde durch ein solches Griffgen über den Tölpel geworffen wird, die es sonst ihr Lebe Tage nicht würde gethan haben, daß geschiehet nur alsdenn wenn das Griffgen an das rechte Fleckgen komt“ (Kollegnachschrift, G 4r).

Derartige Konkretisierungen dürften nicht wenig zum Ergötzen von Wolffs jungen männlichen Hörern und ebenso zur Empörung der pietistischen Theologen beigetragen haben. Jedenfalls gaben solche Bezüge zum alltäglichen Umgang der Geschlechter untereinander dem Kolleg über die Zeugungslehre unversehens eine Wendung in Richtung auf einen „Aufklärungsunterricht“ avant la lettre. Tatsächlich war Wolff gelegentlich sogar mit regelrechten Praxistipps zur Hand, etwa wenn er seine Beschreibung der anatomischen Lage der Vagina im Unterleib mit der Schlussfolgerung versah: „Dahero ists in coitu auch besser, wenn das Frauenzimmer mit dieser Gegend erhöht lieget, denn da kan[n] man seine praxin desto beßer appliciren“ (Kollegnachschrift, E 8v). Diese „Praxis“ bestand wohlgernekt in einer für beide Geschlechter lustvollen Ausübung des Sexualverkehrs, der nämlich nach Wolffs Feststellung „beßer von statten gehet, wenn beyde Mann und Weib Lust haben“ (Kollegnachschrift, G 3v).

Dass die sexuelle Lust für Wolff aber keinen Selbstzweck darstellte, erhellt aus seinen weiteren Ausführungen zur Anatomie der Vagina: Sie sei deshalb mit empfindlichem Nervengewebe ausgekleidet, „damit das

Frauenzimmer ex adfrictu penis große Empfindung habe,“ doch diene die Lust nur als Anreiz zur Fortpflanzung des Menschengeschlechts. Nach Wolffs Worten „hat Gott dieses deßwegen so weißl[ich] angeordnet, damit das Frauenzimmer rechten appetit bekommen möchte ad coitum, weil sonst, wenn keine Lust oder delicate Empfindung bey de[m] coitu wäre, sich die meisten dafür bedanckten, und vor dem über 3/4tel Jahr darauff bey manchen erfolgenden unbeschreibl[ichen] Schmerzen wohl fürchten und hüthen würden, den sie in der Geburth auszustehen haben, und daher sich die wenigsten ad coitum verstehen würden, so aber, da die Empfindung in coitu bey den Frauenzimmern allzu süße ist, so reitzen manche die Männer noch wohl dazu an, und stimuliren sich selbst ad coitum mit ihnen“ (Kollegnachschrift, E 8v–F 1r). Auf die Lust des Mannes am Geschlechtsverkehr sei die Anatomie der Vagina besonders durch die Querfalten der Scheidenwand (rugae vaginales) angelegt, „den[n] sie dienen ad majorem affricum penis und machen dadurch dem Manne eine desto größere Lust, und daher kommts auch, daß es delicater ist einer Jungfer beyzuliegen, und auch einer Frau, die noch keine Kinder gehabt hat, als einer, die schon ein gantz Mandel Kinder gehabt hat; weiln nemlich die rugae bey einer Jungfer noch gantz salvae sind, und noch nicht explicirt worden, daher sie de[m] Mann eine desto süßere Empfindl[ich]keit verursachen, bey einer aber, die viele Kinder gehabt, sind diese rugae alle abgereiffet und vergangen, und eine solche Anreizung zu desto größerer Lust des Mannes hat Gott nicht umsonst in die vaginam gemacht, denn sie dienet dazu, daß je größere voluptatem der Mann hat, desto mehr stößet er darauff loß, und kan[n] erstlich nicht satt werden; dadurch aber verursacht er, daß semen sich desto schneller auff einmahl aussprizet, da es sonst nur nach und nach herausgehen würde“ (Kollegnachschrift, F 1v).

Ein solcher, sozusagen mechanischer Verschleiß tritt nach Wolff auch aufseiten des Mannes ein, wenn man „zu lange bey der venere die Collegia frequentirt hat“. Durch allzu häufige sexuelle Betätigung vermindere sich nämlich die Stärke der Erektion, weshalb es auch heiße, „daß in diese[m] Handwerck die Anfänger und Lehr-Jungen viel beßer seyn, als die Meister, denn dieser ihr semen laufft nur sachte nach und nach heraus, aber jener ihrer sprizet cum vigore heraus“ (Kollegnachschrift, D 2r).

Wissenschaft als Erkenntnis Gottes

Das Studium der Anatomie und Physiologie der Geschlechtsorgane lehrt somit, dass die Lust zuletzt einem vom Schöpfer bestimmten Zweck dient, nämlich der

Fortpflanzung des menschlichen Geschlechts. Die gewissenhafte Erforschung der Mittel und Wege, durch die dieser Zweck erreicht wird, offenbart die Weisheit des Schöpfers bei der Einrichtung der Welt. Damit fügt sich das von Wolff vermittelte Wissen um die menschliche Sexualität in den zeitgenössischen Zusammenhang der sogenannten Physikotheologie ein, die aus der Zweckmäßigkeit der geschaffenen Natur die Existenz und Güte Gottes folgerte. In den Prolegomena des Kollegs über die Zeugungslehre bekannte Wolff sich ausdrücklich zum physikotheologischen Programm, indem er einen dreifachen Nutzen seiner Vorlesung in Aussicht stellte: „der Nutz davon ist 1.) die Vergnügung des Menschen, daß er weiß, daß Gott so was wunderbar[liches] angeordnet, daß ein gleiches mit seines gleichen, ein gleiches hervor bringe, 2.) die Erkänntniß der Weißheit Gottes und seiner Vorsorge, und daß man versteht, was David gesagt: Ich dancke dir Gott, daß ich wunderbar[lich] gemacht bin [Psalm 139, 14]; drum muß ich diß Wunder recht betrachten, wie es denn ein Wunder ist. 3.) Siehet man den modum, wie man verfahren müße, wenn man in schwehren materiis physicis die Wahrheit erfinden wolle“ (Kollegnachschrift, A 1v–2r).

Der letztgenannte Nutzen ist epistemologisch bestimmt und verweist auf Wolffs von der sogenannten wissenschaftlichen Revolution des 17. Jahrhunderts ge-

speiste „philosophische“ Methodologie, die vorschreibt, dass man „in physicis“, das heißt bei der Erforschung der körperlich verfassten Natur, gründliche Beobachtungen und tüchtige Experimente anzustellen habe, ehe man sich aufs Theoretisieren verlege (Kollegnachschrift, G 7v). Wo – wie im Fall der im Körperinneren geschehenden Zeugung – keine direkte Beobachtbarkeit gegeben ist, müsse man sich dementsprechend „um mehrere und weitere observat[iones] und experimenta bemühen, welche uns in kützl[igen] Sachen informireten“ (Kollegnachschrift, H 8v). Eben dieser, die naturwissenschaftliche Erkenntnis einschließende, „modus philosophandi“ (ibid.) veranlasste Wolff dazu, seine Vorlesung über die Zeugungslehre in zwei etwa gleich lange Abschnitte zu gliedern: erstens in eine ausführliche, durch anatomisches Fachwissen angeereicherte Darstellung der empirisch gesicherten Fakten des Zeugungsgeschehens und zweitens in eine sich darauf gründende Zeugungstheorie (vgl. Abb. 5 und 6).

Diese Gliederung ergab sich gleichermaßen aus epistemologischen wie aus didaktischen Erwägungen heraus. Wolff vertrat nämlich entschieden die Auffassung, im naturwissenschaftlichen Bereich müsse die Empirie der Theorie den Boden bereiten, weshalb die Experimentalphysik der theoretischen oder „dogmatischen“ Physik vorzuschicken sei: „Physica experimentalis dogmaticae praemittenda“ (Wolff, 1996, 116). Die Kollegnach-

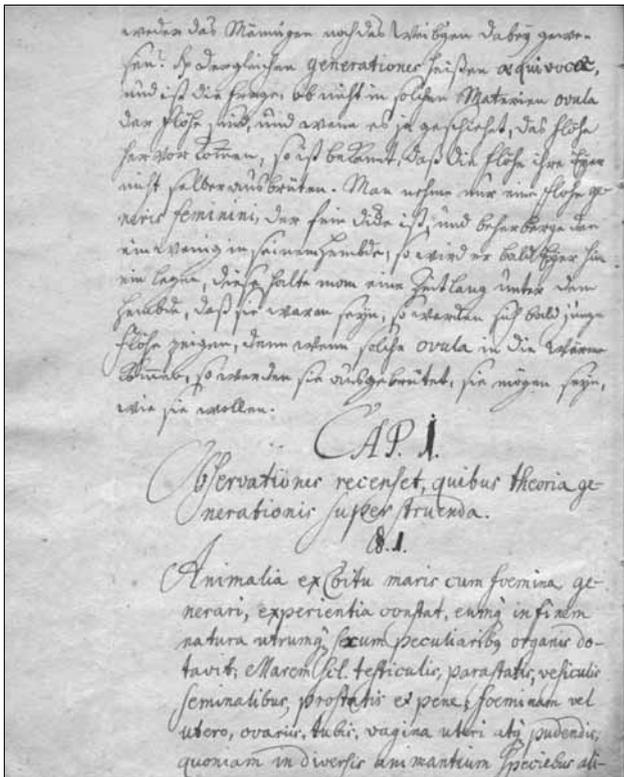


Abb. 5 Cap. I. Observaciones recenset, quibus theoria generationis superstruenda (Kollegnachschrift, A 2v)

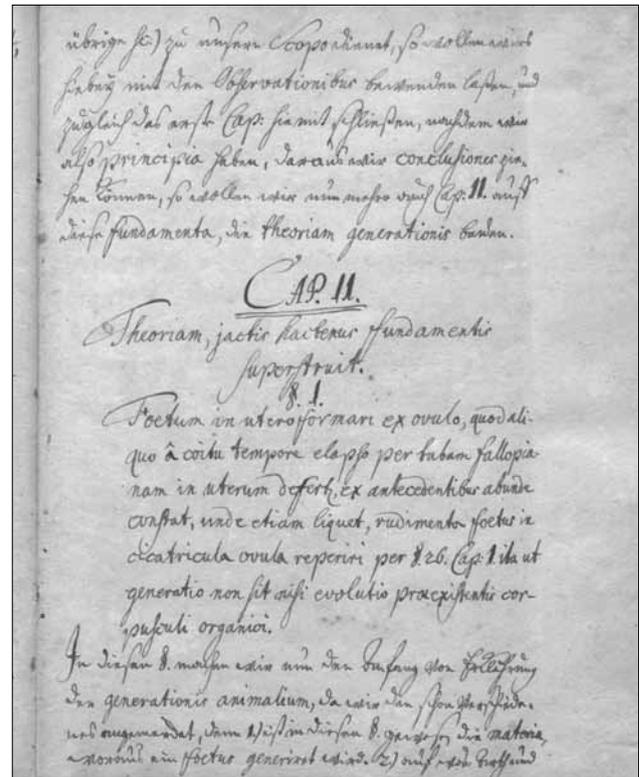


Abb. 6 Cap. II. Theoriam, jactis hactenus fundamentis superstruit (Kollegnachschrift, K 8r)

schrift belegt, dass Wolff dieses Credo in seiner Praxis als Hochschullehrer äußerst gewissenhaft beherzigt hat. Inhaltlich empfehlen sich seine Ausführungen der wissenschaftsgeschichtlichen Aufmerksamkeit insbesondere dadurch, dass er an einer grundlegenden Umformung der überkommenen Vorstellungen von der Zeugung beteiligt war (Borchers, 2011a, 60ff.). Das gilt zum einen für seinen dezidierten Präformationismus, also die Vorstellung, dass die Keime aller Lebewesen bereits zu Beginn der Welt en miniature geschaffen worden seien, zum anderen für seine Neubeantwortung der alten Frage nach dem Ursprung der menschlichen Seelen. Beides, Zeugungsphysiologie und Zeugungsmetaphysik, macht die Wolffsche Generationstheorie zu einem wichtigen Meilenstein der Philosophie- und Wissenschaftsgeschichte.

Zeugungsphysiologie und Zeugungsmetaphysik

Die Zeugungslehre war seit den 1670er Jahren einem rasanten Wandel unterworfen gewesen, nachdem Regnier de Graafs vermeintliche Entdeckung des Säugetier-Eies (tatsächlich handelte es sich um die Ovarialfollikel) sowie Antoni van Leeuwenhoeks und Jan Hams Beobachtung der Spermatozoen im männlichen Samen (vgl. Abb. 7) im Sinne einer vollständigen Präformation der Lebewesen ausgelegt worden waren. Verschiedene Gelehrte hatten die Chance erblickt, dem Hauptmangel der mechanistischen Zeugungslehre abzuwehren, der darin bestand, die Entstehung von Lebewesen auf das blinde Wirken der Naturgesetze zurückzuführen. Nahm man hingegen eine Präformation des Embryos vor der Zeugung an, so ließ sich die biologische Generation als bloßer Ausdehnungs- und Wachstumsprozess bereits vorhandener organischer Strukturen erklären, was sehr viel plausibler erschien als deren Entstehung aus zuvor ungeformter Materie (Roger, 1993, 267ff.). Während aber mehrheitlich eine Präformation des Embryos im Ei postuliert wurde (Ovismus), schloss Wolff sich der Minderheitsmeinung an, wonach die im männlichen Samen beobachteten Tierchen (*animalcula*) den Embryo beherbergen sollten (*Animalculismus*). Ausschlaggebend dafür waren seine eigenen mikroskopischen Studien, die er angestellt hatte, weil er „in einer so wichtigen Sache auch gerne mit eigenen Augen [habe] sehen wollen und zu dem Ende gleichfalls den männlichen Saamen durch das Vergrößerungs-Glaß betrachtet, wo sich eine Gelegenheit dazu ereignet, da es ohne Anstoß hat geschehen können, und die Sache nicht anders als Leeuwenhoek, Hartsoeker, Hugenius und andere berühmte Naturkün-

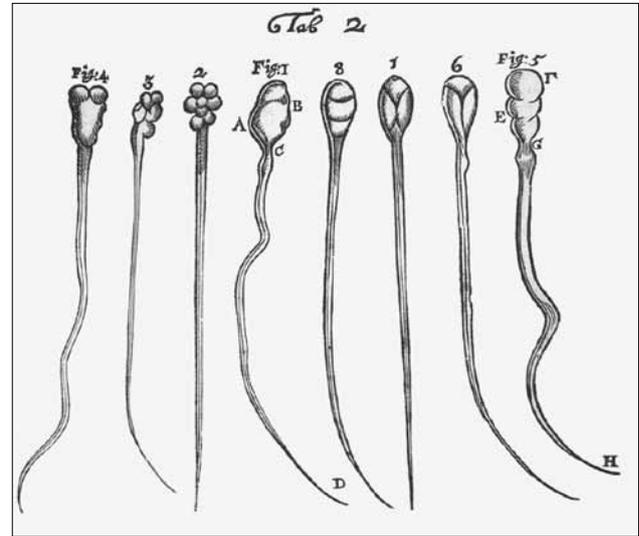


Abb. 7 Die erste Darstellung von Spermatozoen überhaupt (Leeuwenhoek, 1678)

diger gefunden, auch diese unmuthigen Thierlein nicht ohne Vergnügen ändern gezeigt“ (Wolff, 1729, 451). Ob Wolff im Kolleg über die Zeugungslehre sich und seinen Hörern dieses Vergnügen ebenfalls bereitet hat, ist nicht überliefert. Es ist aber eher unwahrscheinlich, denn der Gebrauch physikalischer Instrumente gehörte nicht in den „dogmatischen“ Unterricht. Doch hat Wolff immerhin in seinen experimentalphysikalischen Lehrveranstaltungen mikroskopische Demonstrationen vorgenommen, sodass zumindest einigen seiner Hörer ein solcher Anschauungsunterricht vertraut gewesen sein dürfte.

Im Unterschied zu den meisten Gelehrten des frühen 18. Jahrhunderts war Wolff nämlich ein überaus fähiger Mikroskopiker, dem die Darstellung von Spermatozoen offenbar keine Probleme bereitete. Darum war er sich auch sicher, dass der Embryo nicht einfach in Gestalt eines Homunculus im Samentierchen steckte, wie manche seiner Zeitgenossen es glauben machen wollten (vgl. Abb. 8). Mit Nachdruck stellte er deshalb fest, man dürfe sich „nicht einbilden, daß ein *animalculum* aussehe, wie ein kleines Menschen; sondern es ist ein kleines *animalculum*, aus welche[m] sowohl ein Mensch als ein anderes Thier kan[n] generiret werden per transformationem“ (Kollegnachschrift, M 4r). Die biologische Generation sei deshalb mehr als nur die Vergrößerung eines bereits vorhandenen präformierten Körpers: „die generatio bestehet nicht in eine[m] bloßen Aufwachsen, sondern in einer metamorphosi und transformation“ (Kollegnachschrift, M 2v). Was darunter zu verstehen sei, machte Wolff seinen Hörern durch die Analogie mit der Metamorphose im Tierreich deutlich: Wenn die Kaulquappe zum Frosch wird, bildet sie neue Körperteile wie die Beine aus und verliert dafür andere wie den Schwanz. Doch ließ Wolff keinen Zweifel daran, dass auch diese Körperteile bereits

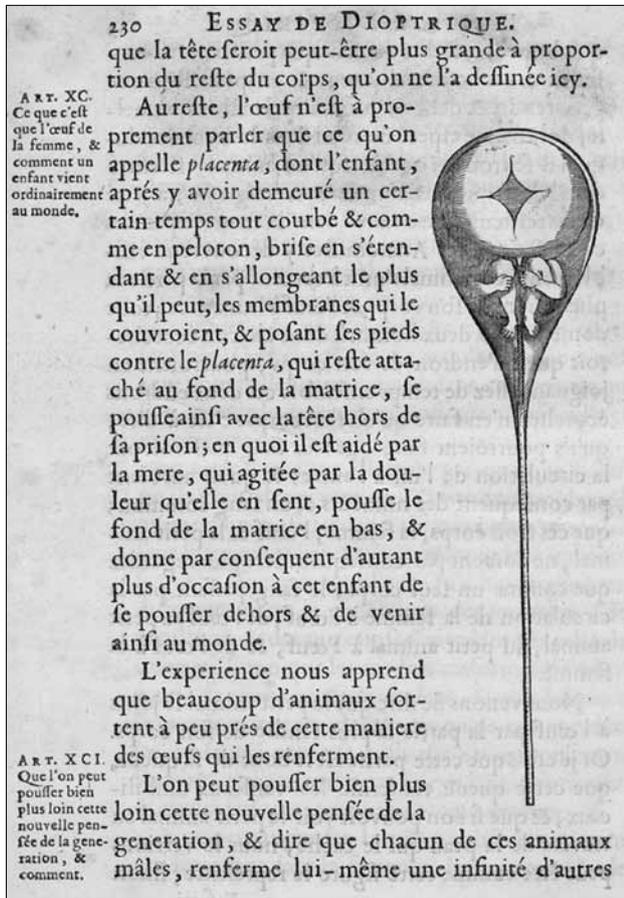


Abb. 8 Darstellung eines menschlichen Embryos in Form eines im Kopf eines Spermatozoons zusammengekauerten Homunculus (Hartsoeker, 1694: 230)

im Samentierchen angelegt gewesen sein mussten, wenn auch unsichtbar und in völlig anderer Proportion als beim ausgewachsenen Organismus (Kollegnachschrift, M 3r).

Der Verweis auf die Metamorphose im Tierreich lag deshalb nahe, weil sie bereits bei der ersten Formulierung der Präformationslehre durch Jan Swammerdam als Folie gedient hatte (Ruestow, 1996, 223ff.). Wolff kehrte den Sinn der Analogie aber gewissermaßen um, indem er statt der körperlichen Kontinuität des Organismus in den verschiedenen Entwicklungsstadien dessen Diskontinuität betonte. Für ihn gehörten nämlich das Samentierchen und der durch seine Verwandlung entstehende Embryo völlig verschiedenen Klassen von Tieren an. Und wiederum eine andere Klasse bildeten diejenigen Tierchen, die zuvor das Samentierchen erzeugt hätten und so fort, denn „ehe ein solches animalculum in semine wird, kan[n] es unzehl[ige] transformationes erlitten haben in der Natur“ (Kollegnachschrift, L 8r–8v). Doch betrachtete Wolff die Reihe jener Vorstadien nicht als unendlich, sondern sah sie ihren Anfang im göttlichen Schöpfungswerk nehmen: „demnach sind alle Menschen und Thiere, welche generirt werden, vorlängst von der

ersten Schöpfung, wiewohl in andern formis und Gestalten, in der Welt gewesen, [...] wir müssen aber vor solche animalcula ein p[ri]ncipium miraculosum nemlich Deum ipsum setzen, sonst gieng der nexus derselben in infinitum fort“ (Kollegnachschrift, L 8v).

Die Kontinuität des Organismus durch alle Generationen hindurch besteht für Wolff demnach allein in Hinblick auf die Seele. Sie ist nach seinem Dafürhalten dem Körper als immaterielle Substanz von Gott bereits bei Erschaffung der Welt beigegeben worden und bleibt sich durch alle Stadien der Metamorphose und Transformation des Körpers gleich. Parallel zur Ausdifferenzierung des Nervensystems und der Sinnesorgane entwickelt sie zunehmend klare Vorstellungen und erwirbt als menschlicher Geist zuletzt auch Gedächtnis, Bewusstsein und Persönlichkeit. Wolff setzte die Prozesse in Körper und Seele damit aber keineswegs in ein Kausalverhältnis, sondern ließ sie im Sinne der prästabilierten Harmonie ihre je eigene Entwicklung durchlaufen.

Für die Generationstheorie war dabei entscheidend, dass nach Wolff beide Substanzen gemeinsam präexistieren sollten, denn damit setzte er sich in Widerspruch zu den seinerzeit herrschenden theologischen Vorstellungen von der Beseelung des Embryos. Das waren zum einen die im Katholizismus dogmatisierte Lehre, wonach die Seelen der Menschen „allezeit von Gott aufs neue erschaffen“ würden, nämlich im Moment der Empfängnis oder einige Zeit danach, zum anderen die im Luthertum vorherrschende Lehre, wonach „die Seele von den Eltern auf die Kinder fortgepflanzt werde“ (Kollegnachschrift, O 4r). Theologisch standen diese Positionen in enger Beziehung zum Dogma der Erbsünde, was Wolff durchaus bewusst war, ihn aber nicht daran hinderte, sie zugunsten der von ihm skizzierten Lehre von der gemeinsamen Präexistenz von Körper und Seele zurückzuweisen: „wenn man weiß, daß der Leib und seine organa praeexistiren und nichts organisches von neue[m] formiret wird, so ist leichte zu erachten, daß die Seele auch praeexistire, und daß Gott zugleich mit de[m] corpusculo organico die Seele in ein jedweddes solches corpusculum organicum erschaffen habe“ (Kollegnachschrift, O 7v). Wolff stellte sogar mit Genugtuung fest, dass sich dadurch die zwischen den christlichen Konfessionen lange umstrittene Frage nach der Beseelung des Embryos gewissermaßen von selbst erledigte: „Dahero brauchen wir keines großen nachgrübelns [um] zu erforschen, wie die Seele in den Leib gekommen“ (Kollegnachschrift, O 5r). Schon Leibniz hatte in der Hypothese von der gemeinsamen Präexistenz von Körper und Seele eine Möglichkeit erblickt, den konfessionellen Dissens um die Zeugungsmetaphysik zu schlichten (Borchers, 2011b). Wolff trug dieses Schlichtungsangebot allerdings Ärger ein, und zwar nicht nur mit seinen pietistischen Gegnern von der halleschen

Theologischen Fakultät, sondern auch mit Vertretern der lutherischen Orthodoxie. Es bleibt deshalb festzuhalten, dass sowohl die Ausführungen über die Zeugungsphysiologie als auch über die Zeugungsmetaphysik den Streit um Wolffs Lehre angeheizt haben. Die Vertreibung des Philosophen aus Halle erstickte diese Auseinandersetzung keineswegs, sondern trug im Gegenteil ganz wesentlich zu ihrer öffentlichen Austragung bei, die in den folgenden Jahren und Jahrzehnten in einer Vielzahl von Streitschriften stattfand.

Literatur

- Beutel, A., 2007. Causa Wolffiana: Die Vertreibung Christian Wolffs aus Preußen 1723 als Kulminationspunkt des theologisch-politischen Konflikts zwischen Halleschem Pietismus und Aufklärungsphilosophie, in: Reflektierte Religion: Beiträge zur Geschichte des Protestantismus. Mohr Siebeck, Tübingen, 125–169.
- Borchers, S., 2009. Samenkörner und Samentierchen: Zu Christian Wolffs Zeugungsphysiologie, in: van Hoorn, T., Wübben, Y. (Eds.), „Allerhand nützliche Versuche“: Empirische Wissenskultur in Halle und Göttingen (1720–1750). Wehrhahn, Hannover, 65–87.
- Borchers, S., 2011a. Die Erzeugung des ‚ganzen Menschen‘: Zur Entstehung von Anthropologie und Ästhetik an der Universität Halle im 18. Jahrhundert. De Gruyter, Berlin, New York.
- Borchers, S., 2011b. Psychophysische Präexistenz: Leibniz’ Antwort auf die Frage nach dem Ursprung der menschlichen Seele in der *Théodicée*, in: Breger, H. et al. (Eds.), *Natur und Subjekt: IX. Internationaler Leibniz-Kongress, Vorträge*, 1. Teil. Leibniz-Gesellschaft, Hannover, 105–110.
- Buschmann, C., 1991. *Connubium rationis et experientiae: Das Problem von Erfahrung und Theorie in seiner Bedeutung für den Denkeinsatz der Philosophie Christian Wolffs*, in: Hecht, H. (Ed.), *Gottfried Wilhelm Leibniz im philosophischen Diskurs über Geometrie und Erfahrung*. Akademie Verl., Berlin, 186–207.
- Foucault, M., 1994. *Le jeu de Michel Foucault*, in: *Dits et écrits*, vol. 3. Gallimard, Paris, 298–329.
- Hartsoeker, N., 1694. *Essay de dioptrique*. Anisson, Paris.
- Kollegnachschrift, 1717/18. *Observationes Quibus Theoria Generationis Animalivm Superstrvenda. Distincte Praepositae à Viro Excell. atque Clariss. Christiano Wolffio*. Universitäts- und Landesbibliothek Sachsen-Anhalt in Halle (Saale), Sondersammlungen, Yg 8° 54.
- Kreimendahl, L., 2007. Empiristische Elemente im Denken Christian Wolffs, in: Stolzenberg, J., Rudolph, O.-P. (Eds.), *Wolffiana II.1: Christian Wolff und die europäische Aufklärung, Akten des 1. Internationalen Christian-Wolff-Kongresses*, Halle (Saale), 4.–8. April 2004. Teil 1. Olms, Hildesheim, Zürich, New York (= *WGW III*, 101), 95–112.
- Lange, J., 1725. Ausführliche Recension der wider die Wolfianische Metaphysic auf 9 Universitäten und anderwärtig edirten sämtlichen 26 Schriften. Buch-Laden des Waysen-Hauses, Halle. Reprint in: École, J. (Ed.), 2000. *Schriften über Joachim Langes und Johann Franz Buddes Kontroverse mit Christian Wolff*, Teil 1. Olms, Hildesheim, Zürich, New York 2000 (= *WGW III*, 64,1).
- Leeuwenhoek, A., 1678. *Observationes D. Anthonii Lewenhoeck, de Natis è semine genitali Animalculis*, in: *Philosophical Transactions* 12, no. 142, 1040–1046.
- Lind, G., 1992. *Physik im Lehrbuch 1700–1850: Zur Geschichte der Physik und ihrer Didaktik in Deutschland*. Springer, Berlin u.a.
- Ludovici, C.G., 1737. Ausführlicher Entwurf einer vollständigen Historie der Wolffischen Philosophie: Anderer Theil. Löwe, Leipzig. Reprint: Olms, Hildesheim, New York 1977 (= *WGW III*, 1,2).
- Ludovici, C.G., 1748. Artikel „Wolf, (Christian, Reichs-Frey- und Edler Herr von)“, in: *Grosses vollständiges Universal-Lexicon aller Wissenschaften und Künste*, vol. 58. Zedler, Leipzig, Halle 1748, 549–677. Reprint: Olms, Hildesheim, Zürich, New York 2001 (= *WGW III*, 68).
- Menzel, W.W., 1996. *Vernakuläre Wissenschaft: Christian Wolffs Bedeutung für die Herausbildung und Durchsetzung des Deutschen als Wissenschaftssprache*. Niemeyer, Tübingen.
- Roger, J., 1993. *Les sciences de la vie dans la pensée française du XVIIIe siècle: La génération des animaux de Descartes à l’Encyclopédie*. Nouv. ed., Michel, Paris.
- Ruestow, E.G., 1996. *The Microscope in the Dutch Republic: The Shaping of Discovery*. Cambridge University Press, Cambridge u.a.
- Schwaiger, C., 2000. Christian Wolff: Die zentrale Gestalt der deutschen Aufklärungsphilosophie, in: Kreimendahl, L. (Ed.), *Philosophen des 18. Jahrhunderts*. Wissenschaftliche Buch-gesellschaft, Darmstadt, 48–67.
- WGW = Wolff, C., 1962ff. *Gesammelte Werke*, I: Deutsche Schriften, II: Lateinische Schriften, III: Materialien und Dokumente. Olms, Hildesheim u.a.
- Wolff, C., 1723. *Vernünfftige Gedancken von den Würckungen der Natur*. Renger, Halle. Reprint: Olms, Hildesheim, New York 1981 (= *WGW I*, 6).
- Wolff, C., 1725. *Vernünfftige Gedancken von dem Gebrauche der Theile in Menschen, Thieren und Pflantzen*. Renger, Frankfurt, Leipzig. Reprint: Olms, Hildesheim, New York 1980 (= *WGW I*, 8).
- Wolff, C., 1729. *Allerhand nützliche Versuche, dadurch zu genauer Erkänntnis der Natur und Kunst der Weg gebähnet wird*, vol. 3. Renger, Halle. Reprint: Olms, Hildesheim, New York 1982 (= *WGW I*, 20,3).
- Wolff, C., 1996. *Discursus praeliminaris de philosophia in genere: Historisch-kritische Ausgabe*, Gawlick, G., Kreimendahl, L. (Eds.). Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt.

Adresse des Autors

Dr. Stefan Borchers, Gardeschützenweg 107, 12203 Berlin, e-mail: Stefan.Borchers@gmx.de

Paraphilie – ein vorwissenschaftlicher Begriff. Anmerkungen zu einer aktuellen Debatte

Erwin J. Haeberle

Paraphilia – a pre-scientific concept. Comments on a contemporary debate

Abstract

The paper discusses the history and the implications of psy-chiatric terms for various human sexual behaviors. In particular, it examines the hidden assumptions behind the concepts of "paraphilia" and "hebephilia", terms that still play an unquestioned role in the present debate about the revision of DSM IV (i.e. DSM V). Both terms are rejected as pre-scientific, i.e. as disguised value judgments anchored in a specific time and place. Therefore, they are unsuitable for meaningful scientific discourse.

Keywords: paraphilia, hebephilia, fetishism, homosexuality, American Psychiatric Association (APA), DSM IV, DSM V, G.C. Lichtenberg, Mozart, da Ponte, Charité, R. Virchow, C. Westphal, R. v. Krafft-Ebing, F. S. Krauss

Zusammenfassung

Der Aufsatz diskutiert die Geschichte und die Implikationen psychiatrischer Fachbegriffe für verschiedene Formen menschlichen Sexualverhaltens. Insbesondere werden die Fachausdrücke „Paraphilie“ und „Hebephilie“ kritisch auf ihre stillschweigenden Grundannahmen untersucht. Beide Begriffe spielen in der aktuellen Diskussion über die Revision des DSM IV (d.h. DSM V) weiterhin eine unbefragte Rolle. Sie werden hier aber als vorwissenschaftlich abgelehnt, da sie als anscheinend objektiv doch nur zeit- und ortsgebundene Werturteile darstellen und somit für einen fruchtbaren wissenschaftlichen Diskurs ungeeignet sind.

Schlüsselwörter: Paraphilie, Hebephilie, Fetischismus, Homosexualität, American Psychiatric Association (APA), DSM IV, DSM V, G.C. Lichtenberg, Mozart, da Ponte, Charité, R. Virchow, C. Westphal, R. v. Krafft-Ebing, F. S. Krauss

Zu meiner Zeit als Universitätsprofessor habe ich meinen Studenten immer wieder gesagt, dass die Geschichte der Sexualforschung zum großen Teil eine Geschichte von Ideen ist, und zwar allzu oft eine von dummen Ideen.

Man erkennt dies unter anderem an der wissenschaftlichen Sprache, die zu verschiedenen Zeiten zur Bezeichnung von verschiedenen Sexualverhalten üblich war. Wir brauchen nur uns an unsere eigenen Pioniere, die Wegbereiter

der Sexologie, zu erinnern, um festzustellen, dass viele ihrer Fachausdrücke inzwischen veraltet sind. Wenn man nun nach dem Grund dafür sucht, so findet man bald, dass es nicht einfach der wissenschaftliche Fortschritt war, sondern dass hier noch ganz andere Faktoren eine Rolle spielen. In der Tat, wissenschaftliche Bemühungen unterliegen nicht selten, sowohl direkt wie indirekt, außerwissenschaftlichen Einflüssen – etwa der Religion, dem Straf- und Zivilrecht, der Parteipolitik, gesellschaftlichen Tabus, intellektuellen Moden, dem Druck mächtiger Interessengruppen, der Verfügbarkeit von Forschungsgeldern, den Vertragsbedingungen von Krankenkassen, den Massenmedien und noch vielen, vielen anderen.

Vorbereitung eines neuen Handbuchs

Blickt man einige Jahrhunderte zurück in die Geschichte, so kann man eine vorläufige allgemeine Beobachtung machen: In unseren säkularen westlichen Gesellschaften haben die außerwissenschaftlichen Einflüsse vor allem zwei große kulturelle Tendenzen befördert – die Kriminalisierung und die Medikalisierung des menschlichen Sexualverhaltens. Jede dieser beiden Tendenzen hat ihre eigene, faszinierende Geschichte, aber dies ist nicht der Ort, darauf einzugehen. Begnügen wir uns hier mit der Feststellung, dass es im Laufe der Zeit auch entsprechende Gegenteilstendenzen gegeben hat, d.h. Versuche, zu ent-kriminalisieren und zu ent-medikalisieren. Was diesen letzteren Versuch betrifft, so kämpften Psychiater an beiden Fronten: Manchmal traten sie als wahre ‚Missionare der Medikalisierung‘ auf und erfanden immer neue Diagnosen, ein andermal unterstützten sie die gegenläufige Bewegung und reduzierten die Anzahl wieder. Im Großen und Ganzen aber hat sich inzwischen die Tendenz zur Reduktion als stärker erwiesen: Heute ist die Liste der Diagnosen kürzer, spezifischer und genauer. Auf jeden Fall wurde und wird unsere sexologische Fachterminologie, positiv oder negativ, von all dem Hin und Her beeinflusst – von ideologischen Auseinandersetzungen, professionellen Grabenkämpfen, Befreiungsbewegungen sexueller Minderheiten, der gegenwärtigen elektronischen Revolution.

Neuerdings wird – reichlich spät – der überkommene Begriff *Paraphilie* in Frage gestellt und von der Fachwelt leb-

haft diskutiert, und zwar in Vorbereitung einer Neuausgabe des amerikanischen psychiatrischen Handbuchs *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)* der *American Psychiatric Association (APA)*.

Allerdings: Jeder kritische Beobachter, der sich ein wenig in der Philologie und Philosophie auskennt, hat schon immer gesehen, dass dieser Begriff ganz eindeutig moralistisch und somit vorwissenschaftlich ist. Außerhalb psychiatrischer und sexologischer Zirkel konnte daher kein Forscher jemals verstehen, warum man den Ausdruck *Paraphilie* nicht schon längst verworfen hat, ebenso wie andere ideologische, ungenaue und irreführende Begriffe wie *Perversion*, *Deviation*, *vorzeitiger Samenerguss* bzw. *ejaculatio praecox*, *coitus interruptus*, *Geburtenkontrolle*, *Gegengeschlecht* und ähnliches.

Man weiß aber auch, dass, von Ausnahmen abgesehen, Sexologen im Allgemeinen wenig Gespür für sprachliche Nuancen besitzen und sich noch weniger um die Herkunft ihrer Fachausdrücke kümmern. Das gilt besonders für diejenigen, die gleichzeitig Ärzte und Psychiater sind. Als Berufsgruppe haben sie kaum jemals Interesse an Semantik und Etymologie gezeigt. Wenn sich ein Fachjargon erst einmal etabliert hat, dann halten sie daran fest, ganz gleich wie oft man ihn schon als unpraktisch, unlogisch, unsinnig oder gar als völlig falsch kritisiert und enttarnt hat. In dieser Beziehung sind selbst einige radikale Sexologen merkwürdig konservativ.

Traditionellerweise haben Psychiater eine *Paraphilie* ganz einfach als ‚sexuelle Störung (disorder)‘ definiert, wobei sie oft hinzufügten, dass sie sich in ‚deviantem‘ oder ‚abnormen‘ Verhalten äußere. Die neueste Ausgabe des (DSM-IV-TR) etwa definiert *Paraphilien* als

„conditions which [...] are characterized by recurrent, intense sexual urges, fantasies, or behaviors that involve unusual objects, activities, or situations.“¹ Recht frei auf deutsch übersetzt: „Beschwerden (bzw. Zustände), gekennzeichnet durch wiederholte, intensive sexuelle Impulse, Phantasien oder Verhaltensweisen, die mit ungewöhnlichen Objekten, Aktivitäten oder Situationen in Zusammenhang stehen.“

Es ist nicht schwer, das Hauptproblem dieser Definition auszumachen: Es liegt in dem Wort *ungewöhnlich*, denn wer dieses Wort benutzt, gibt damit vor, zu wissen, was im menschlichen Sexualverhalten *gewöhnlich* ist. Woher aber will er das wissen? Geht man nun dieser unausweichlichen Frage nach, so zeigt sich sehr bald, dass es sich weniger um

ein Wissen als um einen Glauben handelt – eine irgendwie von irgendwoher abgeleitete Überzeugung oder Vorstellung vom *Normalen*. Damit ist nun aber nicht etwa eine prinzipiell objektiv nachweisbare statistische Normalität gemeint, sondern ein moralisch als positiv bewerteter Standard. Die Begründung für diesen Standard bleibt aber im Dunkeln. Kurz: Es wird hier aufgrund einer stillschweigenden Annahme ein verschleiertes Werturteil gefällt. Die gewöhnliche Bedeutung des Wortes *gewöhnlich* wird von den Psychiatern unbewusst (oder bewusst?) geändert, indem sie ihm einfach einen moralisierenden Inhalt unterschieben. So machen sie unversehens aus einer Beschreibung eine Bewertung und hoffen dabei, dass ihr semantischer Trick niemandem auffällt.

Kurz: Wer das Wort *Paraphilie* verwendet, behauptet damit indirekt gleichzeitig zu wissen, was beim menschlichen Sexualverhalten richtig oder falsch ist. Das *Normale* markiert einen Bereich, in dessen Grenzen man sich gesundheitlich ungestraft bewegen darf. Überschreitet man aber diese Grenzen, dann betritt man das *ungesunde* Gebiet der *Paraphilie* und wird zum Patienten.

Dennoch erhebt sich von Zeit zu Zeit immer wieder die Frage, ob das jeweilige Handbuch die *Normalität* nicht zu eng gefasst hat, und ob so manches *Ungewöhnliche* nicht eigentlich doch sehr *gewöhnlich* ist. Tatsächlich haben die Psychiater auf diese Frage im Laufe der Zeit sehr verschiedene Antworten gegeben.

Zur Zeit kritisieren einige von ihnen zum Beispiel wieder einmal ihr aktuelles diagnostisches Handbuch (DSM IV). Für die nächste Ausgabe dieses Werkes (DSM V) wollen sie deshalb Klarstellungen und schärfere Unterscheidungen einführen. Damit hoffen sie, den Begriff der *Paraphilie* zu rehabilitieren und ihm wieder größere Akzeptanz zu verschaffen.

Eine neue Definition von Paraphilie

Ein typisches ‚progressives‘, ‚aufgeklärtes‘ Beispiel findet sich in dem neuen Lehrbuch von J.M. Cantor et al. (2009, 27ff) in dem eine *Paraphilie* als ein „powerful and persistent sexual interest other than in copulatory or precopulatory behavior with phenotypically normal, consenting adult human partners“ beschrieben wird (deutsch: Eine Paraphilie ist ein „starkes und andauerndes sexuelles Interesse an etwas anderem als kopulativem oder präkopulativem Verhalten mit phänotypisch normalen, einverstandenen erwachsenen menschlichen Partnern.“)

Für mich ergibt sich aus dieser Definition eine Reihe von Fragen: Wie stark muss das Interesse sein und wie lange genau muss es andauern, um unter die Definition zu fallen? Und welche Art der Kopulation soll dem „präkopulativen“

¹ Die *American Psychiatric Association* (2000, 535) definiert „paraphilia“, u.a. als “conditions which [...] are characterized by recurrent, intense sexual urges, fantasies, or behaviors that involve unusual objects, activities, or situations.”

Verhalten folgen? Nur Koitus? Oder auch Analverkehr? Darf es auch Oralverkehr sein oder Manualverkehr (gegenseitige Masturbation)? Anscheinend nicht, denn auf Anfrage sagte man mir: „Vorbereitendes Streicheln ist OK, wenn es zu Koitus oder Analverkehr führt; es wird aber zur Paraphilie, wenn es in Oralverkehr und gegenseitiger Masturbation mündet.“ Diese Auskunft lässt mich ratlos zurück: Warum soll Analverkehr „korrekter“ sein als Oralverkehr und gegenseitige Masturbation? Das ist eine Logik, der ich nicht folgen kann.

Und warum überhaupt diese Betonung der Kopulation als Endziel und einziger Rechtfertigung aller sexuellen Aktivitäten? Schließlich wissen wir ja, dass Therapeuten älteren Paaren oft anraten, „nicht-koitale Alternativen auszuprobieren,“ wenn Erektions- und Lubrikationsprobleme den Vaginalverkehr erschweren. Ermuntern diese Therapeuten etwa zur *Paraphilie*? Locken sie ihre Patienten vielleicht in dunkle erotische Seitengassen, weg vom leuchtenden Pfad der Tugend, der einzig zur echten Erfüllung führt? Brauchen diese Patienten Potenzpillen und Gleitmittel, damit sie vorschriftsmäßig kopulieren und so eine ‚wahre Liebe‘ finden können, die den Beifall von Psychiatern findet?

Doch nun hinab in den realen ordinären, sexuellen Alltag: Die obige Lehrbuchdefinition dehnt den Begriff der Paraphilie auch auf ein einvernehmliches Verhalten aus, das heutzutage immer häufiger im Internet praktiziert wird: Die gegenseitige Beobachtung per PC-cam – über weite Entfernungen hin – bei der Selbstbefriedigung. Auf diese Weise können Voyeure und Exhibitionisten sich gegenseitig Lust verschaffen – auf eigene Initiative, aber auch innerhalb größerer Amateur-Netzwerke. In der Tat, angesichts der neuen elektronischen Kommunikationsmittel könnte man sich fragen, ob die alten Klischeevorstellungen vom *Spanner* und *Pimmelzeiger* noch eine große Zukunft haben. Immerhin können heute auch Durchschnittsbürger das Internet nutzen, um sich in sichtbar voller Erregung zu entblößen und auch andere dabei zu beobachten. Ein solcher Drang scheint weiter verbreitet zu sein, als man früher dachte, denn das wachsende Angebot entsprechender Online-Videos lässt auf eine erhebliche Nachfrage schließen.

Andererseits brauchen aber viele Internet-Nutzer gar keine Interaktion, sondern sind damit zufrieden, die jetzige Überfülle an frei zugänglichen Porno-Videos einfach für sich allein als Masturbationshilfen zu nutzen. Besonders männliche Jugendliche scheinen dies zu tun, aber auch ältere Männer – ob ledig oder verheiratet. Will wirklich jemand ernsthaft behaupten, dass sie alle *paraphil* sind? Nun werden einige Psychiater sagen: Nein, dieses Verhalten ist nicht unbedingt *paraphil*, solange es nicht exklusiv ist und eben nur als Ersatz für die eigentlich gewünschte, aber nicht verfügbare Kopulation dient. Solche Haarspaltereien überzeugen mich aber nicht. Denn wer will hier letztlich entscheiden? Wer kann beurteilen, was hier wofür als Ersatz dient

und was exklusiv oder vorübergehend ist und warum? Jede Behauptung, hier klar unterscheiden zu können, erscheint mir als professionelle Arroganz und vorsätzliche Blindheit – eine Weigerung, das ganze Spektrum der heutigen sexuellen Realitäten zur Kenntnis zu nehmen.

Und was ist mit der Internet-Prostitution? Hier können die Teilnehmer sich gegenseitig sehen, aber nicht anfassen. Mit anderen Worten: Eine wirkliche Kopulation ist von vornherein ausgeschlossen. Also hat man behauptet, dass diese Art der Prostitution ebenfalls *paraphil* sei. Mir leuchtet das aber nicht ein, denn es handelt sich nur um eine technisch verfeinerte Variante eines uralten Geschäftes. Denn Prostitution *ohne Anfassen* hat es in Bordellen auch schon früher gegeben. Übrigens: Soll man den Begriff der *Paraphilie* hier auf die Kunden, auf die Prostituierten oder auf beide anwenden?

Außerdem: Die obige Lehrbuchdefinition spricht von Kopulation mit einem „phänotypisch normalen, erwachsenen Partner“. Auch daraus ergeben sich wieder Fragen:

Was ist phänotypisch normal? Ist jemand *paraphil*, weil er „starkes und andauerndes sexuelles Interesse“ an einer Person entwickelt, die alle Symptome des Turner-Syndroms oder des Klinefelter-Syndroms aufweist? Oder gelten diese Liebesobjekte als „phänotypisch normal“? Wenn ja, was ist dann mit PAIS oder CAIS? Wo genau soll man hier die Grenze ziehen? War die Frau des Philosophen Moses Mendelssohn *paraphil*, weil sie sich in einen Buckligen verliebte? Was genau ist mit dem Wort „erwachsen“ gemeint? Alle Personen über 18? Oder über 21? Schließlich gelten ja in verschiedenen Ländern verschiedene Altersgrenzen für den Status des Erwachsenen. Oder soll man hier eine besondere psychiatrische Altersgrenze einführen, die für alle Menschen, alle Zeiten und alle Länder gilt? Wenn ja, welches Alter soll man dafür festlegen?

Historische Beispiele

War der römische Kaiser Hadrian *paraphil*, weil er ein „starkes und andauerndes sexuelles Interesse“ an dem 16-jährigen Antinous hatte, der schon als 20-jähriger starb und somit nie ‚erwachsen‘ wurde? Oder doch? Wurden Jugendliche im alten Rom schon mit 16 erwachsen? Oder vielleicht noch früher? Oder vielleicht doch später?² War in diesem Fall Hadrians erotische Besessenheit gar nicht *paraphil*? Oder sollte man im Nachhinein selbst für die Antike einen

² Im alten Rom durften männliche Jugendliche etwa ab 15 oder 16 die Toga tragen als Zeichen ihres Erwachsenseins. Andererseits erreichten sie die bürgerliche „Vollreife“ (*plena maturitas*) erst mit 25 (vgl. Robert Kastenbaum, 1993, 31).

Unterschied zwischen juristischem und bio-psychischem Erwachsensein einführen? Dann war Hadrian möglicherweise nur in den ersten beiden Jahren seiner Beziehung *paraphil*, aber in den letzten beiden Jahren nicht mehr. Wie relevant ist das alles überhaupt und für wen? Wer nimmt so etwas wichtig und warum? Wozu brauchen wir ein psychiatrisches Etikett für eine der größten Liebesgeschichten aller Zeiten?

Und was ist mit Shakespeares *Romeo und Julia*, die ein „starkes und andauerndes sexuelles Interesse“ an einander hatten, allzu früh starben und nie erwachsen wurden? OK, das zählt wohl nicht, denn beide waren vermutlich im gleichen Alter. Aber betrachten wir einmal ein anderes jugendliches Paar – *Romulo* (18) und die eindeutig minderjährige *Jutta* (13)! Übergehen wir der Einfachheit halber den strafrechtlichen Aspekt, der Romulo zu schaffen machen könnte! Hier ist für uns etwas anderes wichtiger: Da er fünf Jahre älter und somit – je nach örtlicher Rechtslage – ein Erwachsener ist, könnte man seine Gefühle *paraphil* und ihn selbst einen *Hebephilen* nennen (griechisch *hebe*: jung). Dies ist ein neuer, hocheleganter Ausdruck für Menschen, zumeist Männer, mit erotischem Interesse an Jugendlichen in oder kurz nach der Pubertät (13–16 Jahre). Einige Autoren meinen damit Jugendliche beider Geschlechter, andere schränken den Begriff auf männliche Jugendliche ein. In diesem Fall sprechen diese Fachleute dann auch von *Ephhebophilen* (griechisch *ephebos*: Jüngling), aber manchmal werden die Begriffe auch als austauschbar behandelt oder haben noch andere Bedeutungen. Der Sprachgebrauch ist zurzeit noch etwas schwankend.

Doch noch einmal zurück zu Shakespeares Tragödie: Wir wissen ja, dass es im elisabethanischen England keine Schauspielerinnen gab, und dass Julia – wie jede andere weibliche Rolle – deshalb von einem *boy actor* gespielt wurde, also einem Jungen vor seiner Geschlechtsreife, d.h. im Alter von etwa 12–15 Jahren. Das verlieh dem Theater damals einen ganz eigenen Reiz, der aber heute, im Zeitalter der Hebephilie-Diagnostiker, bei uns nicht mehr geduldet wird. Der androgyne Zauber dieser Jungen, das Aufblühende, Unreife an ihnen, hatte nämlich für die Zuschauer durchaus eine erotische Komponente. Im Falle von *Romeo and Juliet* ergab sich noch zusätzlich ein besonderer Reiz, denn der Darsteller des Romeo kann ja kaum älter als der seiner Juliet gewesen sein. Das erfordert ganz einfach der Text. Bei den Liebesszenen des Stücks agierten also zwei sehr zarte Jünglinge miteinander, der eine kurz vor dem Stimmbruch, der andere kurz danach.³

Wir können davon ausgehen, dass der damit gegebene homoerotische Unterton dieser Szenen dem damaligen Pu-

blikum keineswegs verborgen blieb. In der Tat, Shakespeare wusste diesen und ähnliche Reize sehr wohl für sein Bühnenunternehmen zu nutzen. So stiftet er z.B. in der Komödie *As you like it* für sein Publikum absichtlich eine delikate geschlechtliche Vieldeutigkeit, denn darin gibt sich das von einem Jungen gespielte Mädchen Rosalind als ein Junge namens Ganymede aus. In einer Liebesszene tut dieser dann so, als sei er ein Mädchen, und lässt sich – trotz männlicher Kleidung – als weibliches Wesen umwerben. Also: Ein Junge spielt ein Mädchen, das einen Jungen spielt, der ein Mädchen spielt – die erotische Raffinesse dieser Szene lässt sich heute nur noch erahnen, nicht mehr erleben, und selbst mit den besten Schauspielerinnen kann man sie nicht mehr nachspielen.

Der kommerzielle Erfolg der geschlechtlich uneindeutigen Doppelfigur Rosalind/Ganymede brachte Shakespeare alsbald dazu, das Verwirrspiel in der Komödie *Twelfth Night* noch einmal auf die Bühne zu bringen. Hier spielt der *boy actor* ein Mädchen Viola, das die Rolle eines Jungen namens Cesario annimmt, in den sich dann eine Frau verliebt.⁴

Kurz, die erotische Anziehungskraft vorpubertärer bzw. pubertierender Knabenschauspieler in Mädchen- und Frauenrollen wurde von Shakespeare bewusst als Kunstmittel eingesetzt und zweifellos von seinen Zuschauern guten Gewissens genossen. Waren diese nun alle *hebephil*?

Interessant ist übrigens der Name Ganymede in der erstgenannten Komödie. Das damalige Londoner Publikum verstand diesen Hinweis auf die antike griechische Mythologie sehr wohl und genoss deshalb das Spiel umso mehr: Ganymed war der hübsche Knabe, in den sich der Göttervater Zeus verliebte. Er ließ ihn deshalb von einem Adler entführen, um ihn im Olymp als Mundschenk immer um sich zu haben. War also auch Zeus *hebephil*?

Als Antwort darauf verzichte ich hier auf den offensichtlichen, vielstrapazierten Verweis auf die *Paidierastia* im alten Griechenland. Stattdessen stelle ich nur die unbestreitbare Tatsache fest, dass kein einziger antiker Text – die Bibel eingeschlossen – es jemals in irgendeiner Weise bemerkenswert fand, wenn Erwachsene ein erotisches Interesse an Jugendlichen in oder kurz nach der Pubertät zeigten. Die meisten dieser Liebesobjekte hatten dann sowieso schon ihre Initiationsriten hinter sich und waren längst als vollwertige Mitglieder in die Gemeinschaft aufgenommen (Beispiel: Bar und Bat Mitzvah). In der Tat, in der Menschheitsgeschichte haben jahrtausendlang erwachsene Männer sehr junge, gerade pubertierende Mädchen geheiratet. Waren diese Männer alle *hebephil* und damit *paraphil*?

³ Es mag hier Ausnahmen gegeben haben, wenn Romeo aus praktischen Gründen doch von einem älteren Schauspieler gespielt werden musste. Das ändert aber nichts an Shakespeares offensichtlichen Intentionen.

⁴ Ähnliche Rollen für *boy actors* bei Shakespeare sind: *Sylvia* in *Two Gentlemen of Verona* sowie *Portia, Nerissa und Jessica* in *The Merchant of Venice* und *Imogen* in *Cymbeline*.

Noch im 18. Jahrhundert war es dem Professor Georg Christoph Lichtenberg möglich, offen mit einer 13-Jährigen zusammenzuleben, und zwar in einer Provinzstadt wie Göttingen.⁵ Hätte man ihn damals *hebephil* und damit *paraphil* nennen sollen? Sollte man das heute noch im Nachhinein tun? Welchem Zweck wäre damit gedient?

Weiter: Noch zu Lichtenbergs Lebzeiten schrieb Mozart seine Opern *Le Nozze di Figaro* und *Don Giovanni*. In der ersteren verfolgt der pubertierende, etwa 13–15 Jahre alte Page Cherubino die verheiratete Gräfin mit stürmischen Liebesanträgen – ein Handlungselement, das vom Publikum als selbstverständlich akzeptiert und amüsiert beklatscht wurde.⁶ Hier geht die sexuelle Initiative also eindeutig von einem Jugendlichen aus: Noch vor seinem Stimmbruch begehrt er eine erwachsene Frau. Soll man auch das *paraphil* nennen?

Und was ist mit *Don Giovanni*? Was sollen wir heute von dessen Charakter denken? Er jagt unterschiedslos allem Weiblichen nach – ein Schürzenjäger wie kein zweiter – aber sein Diener Leporello, der über die Eroberungen seines Herrn genauestens Buch führt, weiß: „Sua passion predominante è la giovin principiante“. Für die Opernliebhaber des 18. Jahrhunderts war dies natürlich keine Überraschung. Im Gegenteil, es bestätigte nur, dass der Don, mit all seinem aggressiven und vielleicht zwanghaften Verhalten zumindest in einem Punkt völlig ‚normal‘ war – in der Wahl seiner bevorzugten erotischen Opfer. So unsympathisch er ansonsten auch wirkte, mit dieser Vorliebe konnte sich jeder Mann im Publikum identifizieren. Abgesehen von dieser ‚typisch‘ männlichen Neigung, haben Mozart und da Ponte ihrem Bühnenhelden aber durchaus eigene, außergewöhnliche Züge verliehen: Abwechselnd zärtlich schmeichelnd und brutal, ist er ein Egoist mit guten Manieren, ein hochmütiger, hochfahrender Menschenverächter und furchtloser Nihilist. Dieser Don Giovanni hat im Laufe von über zwei Jahrhunderten viele Interpretationen herausgefordert. Verstehen wie ihn und damit die Oper wirklich besser, wenn wir ihn zu allem anderen auch noch einen *Hebephilen* nennen?

Viele Psychiater werden natürlich einwenden, dass sie selbst den Ausdruck *hebephil* niemals auf Don Giovanni

⁵ Die Geschichte wurde vor einigen Jahren zu einem Roman verarbeitet: Gert Hoffmann, *Die kleine Stechardin*, 1999.

⁶ Die *Hosenrolle* des Cherubino ist für Sopran/Mezzosopran geschrieben, was auf ein Alter vor dem Stimmbruch hindeutet. Hätte Mozart einen Jüngling nach dem Stimmbruch darstellen wollen, so hätte er für einen *Spieltenor* komponiert, wie etwa für die Rolle des Pedrillo in der *Entführung aus dem Serail*. Übrigens: Die Vorlage für Mozarts *Figaro* war das Mittelstück einer Komödientrilogie von Baumarchais: *Le barbier de Seville*, *Le mariage de Figaro* und *La mère coupable*. In diesem dritten (bisher von niemandem komponierten) Stück stellt sich heraus, dass Cherubino später mit der Gräfin ein Kind gezeugt hat. Das erste der drei Stücke wurde von Rossini als Oper komponiert: *Il barbiere di Siviglia*.

anwenden würden und auch nicht auf die Millionen von Männern, die in der Vergangenheit pubertierende Mädchen geheiratet haben. Schließlich haben diese Männer ja in der Regel ihre Beziehungen fortgesetzt, wenn ihre einstmals blutjungen Bräute erwachsen wurden und sogar, wenn sie die Wechseljahre erreichten. Auch Don Giovanni kopulierte mit vielen hundert Frauen in vielen Ländern: „In Italia seicento e quaranta, in Almagna duecento e trentuna, cento in Francia, in Turchia novantuna, ma in Ispagna son già mille e tre!“ Da muss man natürlich annehmen, dass die meisten dieser weiblichen Wesen erwachsen waren. Deshalb, so könnten die Psychiater sagen, sollte man nicht behaupten, Don Giovanni und die anderen Männer hätten ein starkes und andauerndes Interesse vor allem an sehr jungen Mädchen gehabt. Einige der Männer hatten vielleicht dieses Interesse, aber genau kann man heute nicht mehr sagen. Es wäre damals ja sowieso so gut wie unmöglich gewesen, die *Hebephilen* als Sonderkategorie wahrzunehmen, denn es war eben der Brauch, und ‚so taten es alle‘.

Ein interessantes Argument, aber es wirft nur noch weitere Fragen auf: Wenn eine ganze Gesellschaft nach Brauch und Sitte sehr junge Mädchen an erwachsene Männer verheiratet, welchen Sinn hat es dann noch, von *Hebephilie* zu sprechen? Nach welchen Kriterien soll man sie da von den anderen unterscheiden? Und warum sollte man das überhaupt versuchen? In diesem Zusammenhang kann das Beispiel einer anderen *Paraphilie* aufschlussreich sein – das des Fußfetischismus:

Wie wir alle wissen, gab es im kaiserlichen China etwa 1000 Jahre lang den Brauch, jungen Mädchen die Füße zu verkrüppeln. Dies soll unter anderem auch eine erotische Komponente gehabt haben: Extrem kleine Füße machten eine Frau sexuell begehrenswert, denn ihre *Lotus-Füße* erregten und erhöhten angeblich die Lust des Mannes. Ob dies wirklich gestimmt hat, und wenn ja, für wie viele Männer, ist heute natürlich nicht mehr festzustellen. Eines ist aber sicher: Im kaiserlichen China wäre es sinnlos gewesen, von *Fußfetischismus* als einer besonderen *Paraphilie* zu sprechen. Ebenso wenig hätte man *Fußfetischisten* als besondere Gruppe von der Normalbevölkerung unterscheiden können. Eine solche Unterscheidung wäre geradezu als absurd erschienen, denn die Überzeugung, dass weibliche kleine Füße erotisch besonders attraktiv seien, war viel zu tief in der chinesischen Kultur verankert.

Wie dies Beispiel zeigt, können also kulturelle Faktoren bei der Entwicklung und Bewertung sexueller Vorlieben eine entscheidende Rolle spielen. Diese Faktoren sind natürlich auch heute bei uns noch am Werke, wenn man auf einmal glaubt, das früher kaum beachtete sexuelle Interesse an Jugendlichen als *Hebephilie* diagnostizieren und tadeln zu müssen. Was früheren Generationen gleichgültig war und sogar als selbstverständlich galt, wird neuerdings zum psychiatrischen Problem. Hier haben sich also ganz offen-

sichtlich die kulturellen Maßstäbe geändert. Dessen sollte man sich aber bewusst und nun doppelt vorsichtig sein, wenn man darangeht, *objektive* diagnostische Kriterien für die Beurteilung menschlichen Sexualverhaltens aufzustellen (vgl. Green, 2010). Das heißt keineswegs, dass Psychiater in bestimmten konkreten Situationen nicht intervenieren sollen. Es bedeutet aber, dass dies nur dann wirklich sinnvoll und ethisch vertretbar ist, wenn sie dabei auf Absolutheitsansprüche verzichten, die auf uneingestandenem, zeitlich gebundenem und unrealistischen Moralvorstellungen beruhen. Damit kommen wir nun zum Begriff der *Paraphilie* selbst. Zunächst ein kurzer historischer Rückblick:

Zur Begriffsgeschichte

Von der Sünde zur Krankheit

Im 4. Jahrhundert n. Chr. bekehrte sich der römische Kaiser Constantin I., *der Große*, auf seinem Sterbebett zum Christentum, und unter seinen Nachfolgern wurde es dann bald zur Staatsreligion. In der Folge übernahm Europa allmählich die christliche Lehre von der menschlichen Sexualität. Diese Lehre verband ältere jüdische Traditionen mit gewissen asketischen Philosophien der ‚heidnischen‘ Antike und überdauerte auch den Untergang des römischen Reiches. Ja, sie beherrschte die westliche Welt und ihre Kolonien bis weit in die Neuzeit hinein. Nach christlicher Auffassung waren sexuelle Handlungen nur gerechtfertigt, wenn und soweit sie der Fortpflanzung dienten. Alle Formen des Sexualverkehrs, die diesen Zweck verfehlten, waren sündig. In der Tat, einige davon, wie etwa der Oral- oder Analverkehr oder der Sexualkontakt mit Tieren und der zwischen Männern, galten als solch abscheuliche Gräueltaten, dass man sie jahrhundertlang als schwere Verbrechen bestrafte. Erst vor etwa 200 Jahren begannen einige europäische Länder, religiöse Einflüsse aus ihrem Strafrecht zu entfernen. Die sexuellen ‚Gräueltaten‘ wurden dem zunehmend säkularen Staat nach und nach gleichgültig. Wenn niemand konkret zu Schaden kam, blieben Polizei und Gerichte untätig.

Wo sich das Strafrecht zurückzog, trat aber bald die Medizin auf den Plan. Die aufstrebende Psychiatrie verwandelte die alten Sünden und Laster in Krankheiten, und so erlebten die alten ‚Gräueltaten‘ ihre Wiedergeburt als ‚sexuelle Psychopathologien‘. Ja, die Psychiater übernahmen dafür sogar das Vokabular der früheren Inquisitoren und sprachen von *Perversion*, *Aberration* und *Deviation*. Im Mittelalter hatte man damit Ketzereien bezeichnet, also Formen des ‚falschen‘ Glaubens, nun aber war damit ‚falsches‘ Sexualverhalten gemeint, und so wurden aus

den früheren Ketzern und Verbrechern moderne ‚Geistesranke‘. Für diese war nicht Bestrafung, sondern Behandlung angemessen.

Ein Paradebeispiel für diese Entwicklung ist die Krankheit Homosexualität, die 1869 in Berlin an der Charité von dem ‚modernen‘ Psychiater Carl Westphal erfunden wurde. Das konservative Establishment um Rudolf Virchow hatte sich im gleichen Jahr noch ausdrücklich geweigert, hier ein medizinisches Problem zu sehen, aber die ‚progressiven Neuen‘ wie Westphal und besonders von Krafft-Ebing, überzeugten bald sich und andere, dass die *conträre Sexualempfindung* in ihr schnell expandierendes Fachgebiet fiel.⁷ So wurden in der christlichen Welt über ein ganzes Jahrhundert lang Homosexuelle wegen ihrer vermeintlichen Krankheit behandelt, bis 1973 amerikanische Psychiater diese Diagnose aus ihrem diagnostischen Handbuch (DSM III) entfernten.

Die zunehmend ‚aufgeklärten‘ Autoren mussten endlich einsehen, dass ein Anspruch auf Wissenschaftlichkeit mit stillschweigend unterstellten Wertungen nicht vereinbar ist. So wurden dann in weiteren Revisionen weitere religiös begründete ‚Abweichungsdiagnosen‘ wie etwa die *Sodomie* (d.h. ‚Unzucht mit Tieren‘) aus dem Handbuch gestrichen, und man bemühte sich, objektive Kriterien für die Beurteilung des menschlichen Sexualverhaltens

⁷ Im Jahre 1869 hatte der preußische Justizminister Leonhardt die königlich-preußische Medizinaldeputation gebeten, sich zur Strafwürdigkeit „widernatürlicher Unzucht“ zu äußern. Zu dieser Deputation gehörten Virchow, Langenbeck, Housselle und Bardeleben. In ihrem Gutachten wies sie das Problem unmissverständlich scharf aus dem Bereich der Medizin hinaus. Nach der Feststellung, dass „von seiten der medizinischen Wissenschaft“ kein Unterschied zwischen der strafbaren „widernatürlichen“ und anderen, straffreien Arten der Unzucht zu erkennen sei, weigerte sich die Kommission, das gesetzgeberische Hauptargument überhaupt zu erörtern: „Ein Urteil darüber, ob in der zwischen Personen männlichen Geschlechts verübten Unzucht eine besondere Unsittlichkeit [...] liegt, dürfte kaum zur Kompetenz der medizinischen Sachverständigen gehören.“ Das Gutachten schließt daher mit dem Resultat, dass Gründe für ein besonderes Strafgesetz nicht gefunden werden konnten. Der volle Text in M. Hirschfeld: *Die Homosexualität des Mannes und des Weibes*, 1914, Jubiläumsausgabe bei de Gruyter, Berlin 1984, 961ff. Hier sprach das damalige medizinische ‚Establishment‘. Wenn dieses nun implizit die Straffreiheit „widernatürlicher Unzucht“ empfahl und sich vor allem sträubte, sie in den Rang eines medizinischen Problems zu erheben, so tat es dies aufgrund einer echt konservativen Wissenschaftsauffassung, die sich nicht vor den Karren des ‚gesunden Volksempfindens‘ spannen lassen wollte. Leider aber wurde ihre Empfehlung nicht beachtet, und ihr medizinischer Konservatismus wurde noch im gleichen Jahr von einer neuen, ‚progressiven‘ Psychiatrie ‚überwunden‘. Ihr Vertreter war ein anderer Berliner, der Psychiater Carl Westphal, der in seiner Zeitschrift den ersten Fall der neuen Geisteskrankheit beschrieb: „Die conträre Sexualempfindung, Symptom eines neuropathischen (psychopathischen) Zustandes“, in: *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, Bd. 11, 1, 73–108. Daraufhin bekam Westphal für seine Zeitschrift von vielen Kollegen, darunter Richard von Krafft-Ebing, immer neue Fälle berichtet, und so wurde die neue Diagnose bald unbefragt ‚wissenschaftlich‘ etabliert.

zu finden. Man wollte nicht mehr verdeckt theologisch von *Perversionen* sprechen und suchte nach einer moralisch neutralen Fachsprache.

Von der Perversion zur Paraphilie

Auf der Suche nach einem rein deskriptiven, nicht moralisierenden Fachausdruck für ‚ungewöhnliches‘ Sexualverhalten einigte man sich schließlich auf das von Friedrich S. Krauss eingeführte, wissenschaftlich scheinbar unanstößige Wort „Paraphilie“ (von griechisch *para*: neben, und *philia*: Liebe). Bei genauerem Hinsehen zeigt sich jedoch, dass dies keine Verbesserung darstellt: Eine *Paraphilie* ist per definitionem eine Liebe zweiter Klasse. Der Begriff unterstellt nach wie vor, dass es eine ‚wirkliche‘, ‚korrekte‘, ‚wahre‘ und ‚natürliche‘ Liebe gibt, und dass neben oder hinter dieser zweitrangige Schwestern stehen, gerade so wie das paramedizinische Personal hinter dem ‚richtigen Doktor‘. Das ist aber eine unwissenschaftliche Unterstellung. Wer den Ausdruck *Paraphilie* gebraucht, behauptet damit indirekt immer noch, dass er die ‚wahre‘ Bedeutung und Bestimmung des Sexualverhaltens kennt und somit die Autorität besitzt, es zu korrigieren, wenn es seiner Idealvorstellung nicht entspricht. Er ist ein Ideologe, obwohl ihm dies vielleicht nicht bewusst ist.

In der Tat, wer als medizinischer Laie etwa im Internet schnell nach einer Definition von *Paraphilie* sucht, findet noch nicht einmal die einfachsten Anforderungen an Objektivität erfüllt. Was er da zu lesen bekommt, ist zumeist undurchdacht, naiv und vage oder sogar tautologisch. So definieren einige Autoren ein Sexualverhalten als paraphil, „das untypisch und extrem ist“.⁸ Andere sprechen von „Erregung durch Sexualobjekte oder Situationen, welche die Fähigkeit beeinträchtigen kann, gegenseitige, liebevolle sexuelle Handlungen auszuführen“.⁹ Wieder andere stellen fest: „Paraphilien sind Störungen des sexuellen Impulses, charakterisiert durch Verhalten, das als deviant gilt“.¹⁰ Diese letztere Definition ist besonders inhaltsleer, denn sie behauptet allen Ernstes: „Paraphilien sind Störungen und daher deviant“.¹¹ Die nächste Definition ist noch geistreicher: „Paraphilien sind psychiatrische Störungen, die sich

in deviantem Sexualverhalten manifestieren“.¹² Genau so gut könnte man sagen: „Eine außereheliche Affäre manifestiert sich in Ehebruch“. Hier wird noch einmal deutlich, warum solche Leerformeln in wissenschaftlichen Diskursen mehr als unnützlich sind. Sie erklären nichts und sind für alle möglichen Deutungen offen.

Leider sind die anderen zitierten Definitionen aber um nichts besser: Viele menschliche Verhaltensweisen sind ‚untypisch‘ ohne dass sie eine psychische Störung anzeigen: Bergsteigen im Himalaya, eine Radtour rund um den Globus, Eintritt in ein Kloster, Orchideenzucht, das Sammeln von Weinetiketten oder Porzellan-Fingerhüten und vieles mehr. Die Bedeutung des Wortes ‚extrem‘ ist relativ und ändert sich je nach den Umständen und Bezugspunkten. „Die Fähigkeit, gegenseitige, liebevolle sexuelle Handlungen auszuführen“ ist ein kulturelles Ideal der westlichen sozialen Mittelschichten und keineswegs universell, weder historisch, noch geographisch. Andererseits aber können viele der sogenannten *paraphilen* Beziehungen durchaus liebevoll sein und auf Gegenseitigkeit und Gleichberechtigung beruhen. Kurz, der Begriff *Paraphilie* ist ebenso ideologisch und vorwissenschaftlich wie seine Vorgänger, die er ersetzen soll. Man kommt einfach nicht darum herum: Das Wort *Paraphilie* spricht ein negatives Werturteil aus; es beschreibt keine objektive Tatsache. Psychiater tun sich selbst aber keinen Gefallen, wenn sie solche moralisierenden Begriffe verwenden.

Für wertneutrale Fachausdrücke

Selbstverständlich sind Psychiater Ärzte, die heilen wollen, und dies ist ohne Werturteile gar nicht möglich. Sie müssen ja dafür sorgen, dass es ihren Patienten besser und nicht schlechter geht, d. h. dass sie vom Ausnahmezustand der Krankheit wieder in einen wie auch immer konzipierten ‚Normalzustand‘ der Gesundheit versetzt werden. Dieser angestrebte Zustand kann durchaus relativ sein, etwa wegen des Alters oder wegen Vorerkrankungen eines Patienten. Es geht also nicht unbedingt darum, einen gesundheitlichen Idealzustand herzustellen.

Allerdings: Die wiederholten Versuche ‚sexuelle Gesundheit‘ zu definieren und die prompte Kritik an diesen Versuchen, sind schon ein Hinweis darauf, wie schwierig es ist, hier ideologiefrei zu formulieren.¹³ Umso mehr gilt dies für das Umgekehrte – Definitionen von ‚sexueller Krankheit‘. Wie die obige neue Definition von *Paraphilie*

⁸ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1994: „A paraphilia involves sexual arousal and gratification towards sexual behavior that is atypical and extreme.“

⁹ Vgl. *depression-guide.com*: <http://www.depression-guide.com/paraphilias.htm>.

¹⁰ Associated Content: http://www.associatedcontent.com/article/166962/whats_a_sexual_paraphilia.html.

¹¹ WordiQ.com: <http://www.wordiq.com/paraphilia>.

¹² ENCYCLO-Online Encyclopedia: <http://www.encyclo.co.uk/define/Paraphilia>.

¹³ siehe course 5 „Critical Introduction“ff. http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECE5/meaning_of_sexual_health.html

zeigt, verfallen Psychiater dabei leicht in ein quasi-juristisches Denken, das, in Analogie zum Strafrecht, spezifische *Tatbestände* akribisch auflistet und sie, je nach Bewertung, ein- oder ausschließt. Das wiederum ruft verschiedene Verteidiger und Ankläger auf den Plan, die dieses oder jenes Definitionselement präzisiert, entfernt oder neu einbezogen sehen wollen. So artet das Ganze dann bald in einen Streit von Experten aus, die schließlich ‚in Revision‘ gehen, d.h. eine Änderung des psychiatrischen Handbuchs verlangen und damit das Problem an einen ‚Obersten Gerichtshof‘ delegieren. All dies kann aber die Nicht-Experten, also die breite Öffentlichkeit, nur verwirren, denn allzu oft folgt – wie auch im Strafrecht – einer Textrevision früher oder später eine weitere. Kurz: Der Versuch, bei der Definition von *Paraphilien* möglichst genau zu sein, demonstriert nur seine eigene Vorläufigkeit und Unzulänglichkeit und führt sich am Ende selbst ad absurdum.

Das eigentliche Problem liegt aber tiefer: Strafrechtler haben es sehr offen mit Wertungen zu tun. Ihre Gesetze sind eben nicht deskriptiv, sondern präskriptiv d.h. sie beschreiben nicht, was geschieht, sondern schreiben vor, was geschehen oder nicht geschehen soll. Ihre Gesetze sind also normativ, d.h. sie stellen bewusst Normen auf, die man zu beachten hat. Strafbar oder nicht? – das ist für jede Strafverfolgung die entscheidende Frage. Dabei wissen Juristen sehr wohl, dass man die gesetzlichen Normen auch wieder ändern kann und von Zeit zu Zeit auch tatsächlich ändert.

Davon will aber die anscheinend naturwissenschaftlich begründete Medizin nichts wissen. Ihre Normen sollen *objektiv*, rein deskriptiv und unveränderlich sein. Dann wäre es aber eigentlich umso mehr geboten, jede gedankliche Nähe zur Juristerei zu meiden. Kein juristisches Modell kann für wirkliche Naturwissenschaftler jemals Vorbild sein. Die Gleichsetzung und Vermengung von präskriptiven und deskriptiven Gesetzen ist eo ipso vorwissenschaftlich. Sie ist typisch für die Naturrechtslehre früherer Epochen, an der zwar die katholische Kirche noch festhält, die aber aus gutem Grund in der modernen Naturwissenschaft keinen Platz mehr hat.

Was nun die Psychiatrie als ärztliche Kunst betrifft, so müssen Psychiater sich ein- für allemal eingestehen, dass sie *Diener zweier Herren* sind, also eine Doppelrolle spielen: Ja, sie sind einerseits objektiv beobachtende Wissenschaftler, andererseits aber auch von ihrer Gesellschaft beauftragte Kontrolleure, die sozial störendes oder unerwünschtes Verhalten unterbinden oder wenigstens einschränken sollen.

In diesem Sinne werden Werturteile von ihnen erwartet, und so besteht ihr berufliches Problem vor allem darin, dass sie – quasi als Doppelagenten – die Interessen sowohl ihrer Patienten wie die der Gesellschaft vertreten sollen. Die stillschweigende Annahme aber, dass diese Interessen immer identisch sind, ist wissenschaftlich unhaltbar. Hier muss sich die Zunft ehrlich machen – zum Erhalt und zur Stärkung ihrer eigenen Glaubwürdigkeit.

Die schwierige Aufgabe des Psychiaters wird nicht dadurch erleichtert, dass er angeblich objektive Befunde mit moralisch wertenden Begriffen bezeichnet. Das verleitet ihn nur zum Missverständnis seiner Aufgabe – ja, letztlich zum Selbstbetrug. Begriffliche Neutralität aber schafft Abstand, bringt Ernüchterung und Befreiung und gibt ihm so eine gewisse Eigenständigkeit zurück. Sie kann ihm und seinen Patienten nur nützlich sein.

Deshalb sollte der vorwissenschaftliche Begriff der *Paraphilie* endlich aufgegeben werden. Stattdessen empfiehlt es sich, auch terminologisch offenzulegen, worum es in Wirklichkeit geht, nämlich allein um Sexualverhalten, das die Handelnden selbst belastet und/oder anderen Schaden zufügt. Es geht also nicht um die – wenn auch nur indirekte – Beschwörung abstrakter Moralbegriffe, sondern um konkrete Hilfe für sehr reale Menschen.

Man sollte doch annehmen, dass sich dafür mithilfe gewiefter Altphilologen passende, ideologiefreie Ausdrücke finden lassen. Diese würde immer noch ein gewisser Nimbus von klassischer Bildung umgeben, und so wären dann auch die fremdwortverliebten Psychiater zufrieden. Dann käme die jetzige fruchtlose terminologische Debatte zu einem guten Ende.

Literatur

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th revised ed. (DSMIV-TR) APA, Washington DC.
- Cantor, J.M., Blanchard, R., Barbaree, H.E. (2009). Sexual disorders. In Blaney, P.H., Millon, T. (eds.), Oxford textbook of psychopathology (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Green, R. (2010) Hebephilia is a Mental Disorder?, Sexual Offender Treatment, Volume 5, Issue 1.
- Kastenbaum, R. (ed.) (1993). 31. Encyclopedia of Adult Development, Phoenix AZ: Oryx Press.

Adresse des Autors

Prof. Dr. Dr. Erwin Haeberle, Fasanenstr. 62, D-10719 Berlin, mail: HaeberleE@web.de

Missbrauchsoffer? – Selbst Schuld!

Zu Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie

Klaus Schlagmann

Victim of abuse? – It's your fault!

On risks and side effects of psychotherapy

Abstract

Some therapies for those who have experienced sexualized violence in childhood or youth lead to a sort of accusation of the victims. On the basis of case studies the suspicion shall be formulated that this approach has deleterious effects. The origin of this approach is analyzed. It is shown that it exists still today. I want to campaign for a debate on this approach and for its firm repudiation.

Keywords: Accusation of victim, sexualized violence, theory of trauma, theory of drive, Oedipus complex

Zusammenfassung

Manche Therapie für diejenigen, die in Kindheit oder Jugend sexualisierte Gewalt erlebt haben, mündet in eine Art Opfer-Beschuldigung. Anhand von Fallbeispielen soll der Verdacht formuliert werden, dass dieses Herangehen schädliche Wirkung entfaltet. Der Ursprung dieses Ansatzes wird erläutert, Hinweise auf sein Überleben bis in heutige Tage sollen belegt werden. Es wird für eine gründliche Auseinandersetzung mit diesem Ansatz und eine dezidierte Zurückweisung geworben.

Schlüsselwörter: Opferbeschuldigung, Sexualisierte Gewalt, Trauma-Theorie, Trieb-Theorie, Ödipuskomplex

Fallbeispiele

Fallbeispiel 1

Eine 13-Jährige wird von drei Mitschülern vergewaltigt. In der Familie wird ihr zwar das Geschehen geglaubt, es wird aber von der Mutter kommentiert mit: „Mit dir hat man ja nichts als Ärger!“ Sie spürt, dass die Mutter keine Unannehmlichkeit auf sich nehmen wird, um sie zu schützen. In der Kleinstadt gibt es nur ein Gymnasium; ein Schulwechsel würde Aufwand bedeuten. So nimmt sie die Sache selbst in die Hand. Sie wird so aufsässig, dass sie der Schule verwiesen wird – ein markanter Meilenstein

in der Lebensgeschichte. Sie schützt sich auf diese Weise zwar vor dem weiteren Kontakt mit den Tätern. Aber die Erinnerung an die erlebte Gewalt begleitet sie noch über Jahre hinweg bis in ihre Träume hinein. Dann entschließt sie sich 2004 zu einer Therapie.

Der Therapeut erklärt ihr, dass er für das zeitaufwendige Erstellen des Antrags mehrere nicht gehaltene Therapie-Sitzungen auf die private Rechnung setzen wird. (Der für die Antragstellung zu liquidierende Betrag sei nicht angemessen vergütet.) Nach dieser Vorarbeit erzählt sie von der Vergewaltigung. Seine Rückfrage: „Und? Warum haben Sie das nicht verhindert?“ Sie: „Wie meinen Sie das?“ Er: „Sie wissen schon, wie ich das meine!“

Sie geht kein weiteres Mal zu diesem „Therapeuten“, traut sich aber zunächst auch nicht, ihr Problem andersorts anzusprechen, leidet weiter unter Schlafstörungen, entwickelt Medikamentenmissbrauch, gerät – durch die illegale Beschaffung – am Ende in die Privatinsolvenz, aus der sie sich im Moment wieder herausarbeitet.

Fallbeispiel 2

Eine 13-jährige wird von einem 27-jährigen Mann an sich gepresst und in seinem ansonsten menschenleeren Büro gegen ihren Willen auf den Mund geküsst. Sie spürt den Druck des erigierten Penis an ihrem Körper. Da reißt sie sich los und rennt weg. Weil die Ehefrau des Mannes ein Verhältnis mit dem Vater des Mädchens unterhält, wird der fortgesetzte Übergriff durch die umstehenden Erwachsenen ignoriert. So auch, als der Mann zwei Jahre später der 15-Jährigen einen „Liebesantrag“, macht, den sie mit einer Ohrfeige quittiert. Sie erzählt es ein paar Tage später ihrer Mutter. Die Eltern stellen den Mann zur Rede, der alles abstreitet. Die Eltern glauben ihm. Im weiteren Verlauf wird die Jugendliche immer wieder sich selbst überlassen, gerät dabei in ihrer Verzweiflung an den Rand eines Suizids.

Mit 18 Jahren beginnt sie eine Therapie. Dort fühlt sie sich zunächst wohl, weil ihr geglaubt wird. Der Therapeut lässt sich detailliert die Übergriffe schildern und hört aufmerksam zu. Aber seine Bewertungen der Situationen wirken auf die Klientin – wie auch auf mich – äußerst seltsam. In seinem Therapiebericht heißt es: Dass sie als 13-Jährige sich aus der stürmischen Umarmung

des Freundes ihres Vaters losreißt, zeige, dass sie hier bereits „ganz und voll hysterisch“ sei. „Anstatt einer genitalen Erregung, die bei einem gesunden Mädchen unter solchen Umständen gewiß nicht gefehlt hätte, stellte sich bei ihr [...] der Ekel [ein]“. Der Therapeut kennt zufällig den Freund des Vaters, den er – fast entschuldigend – so beschreibt: „ein noch jugendlicher Mann von einnehmendem Äußeren“. Als dürfe es keinen Grund geben, dass eine 13-Jährige vor den ungebetenen Küssen eines 27-jährigen verheirateten Mannes von „einnehmendem Äußeren“ Reißaus nimmt. Zu der Reaktion der 15-Jährigen auf den Liebesantrag heißt es: „Dass sie von dem Vorfalle ihre Eltern in Kenntnis gesetzt hatte, legte ich so aus, dass sie dabei unter dem Einfluss krankhafter Rachsucht stand. Ein normales Mädchen wird, so meine ich, allein mit solchen Angelegenheiten fertig.“

Der Therapeut erkennt also „gesunde Mädchen“ daran, dass sie in der Situation eines sexualisierten Übergriffs ihre sexuelle Erregung genießen und die Situation vor ihren Eltern geheim halten. Der Therapeut sieht die eigentliche Ursache der psychischen Probleme der jungen Frau, wie er aus ihren Erzählungen und Träumen deutet, in einem starken Drang zu Homosexualität und Selbstbefriedigung, vor allem in inzestuösen Wünschen gegenüber ihrem Vater. Schließlich sei sie (unbewusst) auch in den Freund ihres Vaters verliebt, den sie – so die Unterstellung – ja doch am liebsten geheiratet hätte. Dass die Betroffene all diesen Unterstellungen widerspricht, zeige ihren Widerstand, womit sie beweise, dass der Therapeut genau ins Schwarze getroffen habe. Nach knapp 10 Wochen beendet die Betroffene von heute auf morgen – völlig zu Recht! – diese „Therapie“ – und ist wieder ganz sich selbst überlassen.

Fallbeispiel 3

Eine Grundschülerin von unter zehn Jahren ist der sexualisierten Gewalt ihres Vaters ausgesetzt. Als Erwachsene leidet sie unter Depressionen. In dem Therapiebericht heißt es, sie habe die Situation damals „in typischer Weise [...] als einen sexuell erregenden Triumph über ihre Mutter“ erlebt; sie müsse „ihre Schuld tolerieren“. Der „Erfolg“ der Behandlung: „Sie erlangte so die Fähigkeit, sich mit dem Täter zu identifizieren, nämlich mit der sexuellen Erregung des sadistischen, inzestuösen Vaters, und so wurde es ihr auch möglich, den Haß gegen den Vater mit dem Verstehen seines sexuellen und ihres sexuellen Verhaltens zu verbinden. Zum ersten Mal in ihrem Leben war sie fähig, einen Orgasmus im sexuellen Verkehr mit ihrem sadistischen Freund zu erleben.“

Der Autor dieser Thesen erwartet auch ganz prinzipiell, dass Gewaltopfer – um Heilung zu erlangen – sich mit ihren Peinigern „identifizieren“ können. Um dies zu

erleichtern, müssten auch Therapeuten in der Lage sein, sich „mit dem Kommandanten des Konzentrationslagers, mit dem Folterer in der Diktatur, mit dem inzestuösen Vater, mit der sadistischen Mutter identifizieren können. Wir müssen so auch die Lust verspüren am Zerstören, die Lust, eine Brandbombe zu werfen, die Lust, sadistische Aggressionen zu verspüren, denn die Bereitschaft dafür haben wir alle in unserem Unbewussten.“ Dagegen ist „Mitleid [mit den Klienten; K.S.] eine sublimierte Aggression“. Deshalb die Empfehlung für die Therapie: „Wir [Psychotherapeuten; K.S.] müssen daher versuchen [...] den Patienten, die uns fragen ‚Glauben Sie mir nicht? Sind Sie nicht meiner Meinung? War das nicht entsetzlich?‘ zu erwidern: ‚Warum brauchen Sie meine Meinung, anstatt eine eigene zu haben?‘“ In der (bis heute erhältlichen) Audio-Aufnahme des Vortrags mit diesen Thesen heißt es in Bezug auf die Patienten: „Wenn alles gut geht, dann gibt es Momente, in denen wir sie [die Patienten; K.S.] am liebsten aus dem Fenster werfen würden, besonders wenn unser Büro im 80. Stock liegt, und dann langsam und freudevoll lauschen, bis wir unten ein leises ‚Plopp‘ hören.“ – Gelächter im Publikum – „Ich meine das ganz ernst!“ Das fürchte ich auch.

Fallbeispiel 4

Eine als Kind sexuell missbrauchte Frau mit Depressionen wird während der Behandlung in einer Klinik von ihrem Therapeuten sexuell missbraucht. Daraufhin bringt sie sich um. Ein Tagebuch, in dem sie den Missbrauch festgehalten hatte, gerät in die Hände einer Freundin. Diese zeigt daraufhin den Therapeuten und die Klinik an. Der Chef der Klinik äußert sich in einer späteren Publikation zu diesem Fall – nicht etwa unter der Rubrik „Schwere Therapeutenfehler“, sondern unter der Überschrift: „Transformation des Opfers in einen Täter“. Es wird dabei geschildert, wie die Patientin den Therapeuten verführte, der selbst an einer Störung gelitten habe. Dass sie in ihrer Verzweiflung über den erneuten Missbrauch sich umgebracht hatte, was dann – ohne, dass dies in ihrer Hand gelegen hätte, aber zweifellos völlig zu Recht! – zu einer Anklage geführt hatte, das wird als Aufhänger genommen, ihr die „Transformation in einen Täter“ anzudichten. Der abgedruckte Text wurde ursprünglich bei einer großen Psychotherapiefortbildung vorgetragen. (Auch hier ist die Audio-Aufnahme noch erhältlich.) Dort geht die Geschmacklosigkeit noch weiter: „Sie sehen, wie sie im Tode sich noch rr...[ächte?], wie sie Opfer und Täter zugleich wurde.“ Schamlos wird dem Opfer einer völlig verfehlten „Behandlung“ die Schuld in die Schuhe geschoben. Bei der Schilderung des Falles bringt der Referent sein Publikum zweimal zu heiterem Gelächter und am Ende – natürlich – zu begeistertem Applaus.

Opferbeschuldigung als Psychotherapiestrategie?

Um es in einem Vergleich zu sagen: Der Ansatz der vier geschilderten Fallbeispiele – bei den Opfern von Gewalt sich auf die Frage nach dem „eigenen Anteil“ zu konzentrieren – klingt für mich so, als ob die Polizei bei einem Verbrechen die Ermittlungen darauf beschränken würde herauszufinden, warum und mit welcher Absicht das Opfer am Tatort aufgetaucht war, darin den letzten Ursprung der Tathandlung zu sehen – und deshalb auch allein Anklage gegen das Opfer zu erheben. .

Fallbeispiel 1 habe ich in meiner Praxis kennengelernt. **Fallbeispiel 2** ist eine der Ursprungsgeschichten, aus der diese Art von Therapie insgesamt erwachsen ist: Die Analyse von Ida Bauer, die Sigmund Freud im Jahr 1900 vollzogen, 1905 als das „Bruchstück einer Hysterieanalyse“ publiziert hat. (2005 – zum 100-jährigen Bestehen der Abhandlung – wurde das ganze Heft des „Psychoanalytic Inquiry“ mit Beiträgen gefüllt, die allesamt – mit milde kritisierenden Anmerkungen – den großen Wert von Freuds Analyse betonen und sie inhaltlich bestätigen (Freud and Dora, 2005). **Fallbeispiel 3** und **Fallbeispiel 4** stammen vom Nachfolger auf Freuds Thron, dem Präsidenten der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPA) für die Amtsperiode von 1997–2001, Otto F. Kernberg (Kernberg, 1997 & 1999). Den Vortrag hat er 1997 bei einer der größten Psychotherapie-Fortbildungen im deutschsprachigen Raum vorgetragen, den Lindauer Psychotherapiewochen. Zwei Jahre später wurde er in einer von ihm mit herausgegebenen Zeitschrift (ganz leicht verändert) publiziert.

Wenn man diese – m.E. bizarren – Therapieansätze begreifen will, dann ist es hilfreich, im wahrsten Sinne des Wortes „analytisch“ vorzugehen: „ana“ = u.a. „zurück, rückwärts“ und „lyein“ = „lösen“. Rückwärts gewandt möchte ich also versuchen, dieses Phänomen der Opferbeschuldigungs-Therapie – gerade in Fällen sexualisierter Gewalt – aufzulösen.

Die Psychoanalyse Josef Breuers

Biografisches zu Bertha Pappenheim (= „Anna O.“)

Bertha Pappenheim (Angaben hier nach Hirschmüller, 1978) wurde am 27.02.1859 als Kind sehr wohlhabender Eltern geboren. Die Eltern hatten 1848 geheiratet. Von den drei Geschwistern – Henriette (+10), Flora (+7) und Wilhelm (-1) – stirbt Flora bereits im Alter von zwei Jah-

ren, fünf Jahre vor Berthas Geburt. Henriette stirbt mit achtzehn Jahren an der „galoppierenden Schwindsucht“ – als Bertha acht Jahre alt ist. Der einzige Sohn des Hauses hat eine bevorzugte Sonderstellung inne.

Berthas Vater (+35) ist ein sehr religiöser Mensch. Dem Vater zuliebe hält sich Bertha streng an die religiösen Vorschriften, denen sie selbst befremdet gegenübersteht. Die jüdische Religion verlangt beispielsweise die Unterweisung der Mädchen in genauen Küchenvorschriften (Speisegesetze, entsprechende Rezepte), ebenso die besondere Beachtung der Menstruationshygiene. Die Mutter (+29) wird als „tyrannisch“ und „sehr ernst“ geschildert; die Lustigkeit ihrer Tochter habe ihr nicht behagt.

Ab ihrem sechzehnten Lebensjahr wird Berthas Tätigkeit im Wesentlichen auf häusliche Dienste und stupide Geselligkeiten eingeengt. In späteren Jahren bedauert sie, dass sie an einem Mangel an „realistischer Bildung“ leide, und polemisiert heftig gegen das Leben einer Tochter aus höherem Stande (Hirschmüller, 137). Während sie selbst in ihrer geistigen Entwicklung gebremst wird, stehen ihrem um ein Jahr jüngeren Bruder alle Wege offen. Dieser darf sich auch der Schwester gegenüber ungestraft tyrannisch und gewalttätig verhalten. Eigene Aggressionen, wie auch erotische Wünsche, muss Bertha als junge Frau generell unterdrücken. Zeitweilig ist ihre Tätigkeit in starkem Maß auf die Pflege ihres schwer erkrankten Vaters beschränkt. Vor allem in dieser Zeit wird ihr die Lust an Theater, Tanz und Spaß systematisch verdorben. Schließlich wird sie sogar von der Mutter über den drastisch verschlechterten Gesundheitszustand des Vaters belogen und um den Abschied von ihm am Totenbett regelrecht betrogen.

Vorweggenommen sei, dass Bertha Pappenheim in ihrem späteren Leben – sicherlich aufgrund der einfühlsamen Therapie von Josef Breuer – eine herausragend engagierte Kämpferin für die Rechte von Frauen und mutige Beschützerin von Opfern des Mädchenhandels gewesen ist.

Berthas Symptome und ihre Ätiologie

Die permanente Einengung, Unterdrückung, Missachtung und Entwertung führen bei Bertha zu einer Fülle psychosomatischer Reaktionen – die im damaligen Sprachgebrauch „Hysterie“ genannt werden. Der 1880 erstmals hinzugerufene Arzt Josef Breuer beschäftigt sich intensiv und einfühlsam mit der 21-jährigen Frau. Für ihn haben die genannten Lebensbedingungen „traumatischen“ Charakter. Sie überfordern Bertha, führen bei ihr zu nachhaltiger Verwirrung und innerer Anspannung. Sie wird hin und her gerissen zwischen den einerseits in sich verspürten gesunden

Impulsen nach Bildung, Selbstbehauptung, Lebensfreude und Offenheit beziehungsweise Gegenwehr gegen ihre Unterdrückung und Entwertung, und den andererseits an sie gerichteten Erwartungen, sich wie eine wohl erzogene junge Frau jüdischen Glaubens zu benehmen. In diesen Momenten unerträglichen inneren Zwiespalts gewöhnt sie sich an, Tagträume zu entwickeln, ihr „Privattheater“ aufzusuchen, wie sie es nennt – also gewissermaßen geistig die Flucht anzutreten. Es ist eine Art Trance-Zustand, von Breuer auch Hypnoid-Zustand genannt, weil mit der Situation einer hypnotisierten Person vergleichbar. In Trance lassen sich die realen, kränkenden Szenen ausblenden – so, wie sich unter Hypnose zum Beispiel Schmerzen bei einer Zahnbehandlung kontrollieren lassen.

Allerdings ergibt sich aus dieser Trance eventuell auch ein Problem: Seelische oder körperliche Symptome, die in solchen Situationen vorhanden sind, können mit einzelnen Elementen der Situation hartnäckig verbunden bleiben. Berühmt ist das Beispiel, dass Bertha in der Nachtwache bei ihrem Vater eingeschlafen ist, sie im Halbschlaf in einem Schatten eine Schlange imaginiert, die den Vater bedroht, und als sie diese abzuwehren versucht, den Arm nicht bewegen kann, der durch eine Drucklähmung unbeweglich geworden war. Seither lösen schlangenähnliche Gegenstände wie z.B. Schnüre (konditionierter Reiz) eine Lähmung des Armes (konditionierte Reaktion) aus.

Wenn Bertha also durch entsprechende Hinweisreize an eine problematische Situation erinnert wird, treten dann auch automatisch – wie im Reflex – die mit der Situation verbundenen Symptome wieder auf. Die Symptome schaffen eine Möglichkeit, die Spannung abzuführen, die in der Ursprungssituation entstanden ist. Entstanden ist diese Spannung, weil die für die Situation eigentlich angemessenen Gefühle nicht ausgedrückt werden konnten. (In der Situation der Nachtwache war sie im Zustand des Halbschlafes nicht fähig, irgendein Wort hervorbringen, um ihrer Angst Ausdruck zu geben.) Bei einem Hinweisreiz auf die Ursprungssituation wird – statt des eigentlich angemessenen Gefühls, das weiter unausgelebt bleibt – die konditionierte psychische bzw. psychosomatische (= „hysterische“) Reaktion ausgelöst. Breuer beschreibt hier einen Mechanismus, den später Pawlow an Hunden beobachtet und als ‚klassisches Konditionieren‘ bekannt gemacht hat.

Breuers Therapie – und „König Ödipus“

Breuer hilft seiner Patientin, sich unter Hypnose die einzelnen traumatisch erlebten Situationen erneut bewusst zu machen. Ihre Empfindungen bringt sie zunächst in Trance, beim Erzählen von selbst erfundenen Geschich-

ten zum Ausdruck, benennt dabei offen die mit den traumatischen Situationen verbundenen Gefühle. „Katharsis“ – ein von Aristoteles in die Theorie über die Wirkung der Tragödie eingeführtes Konzept, das den erleichternden Ausdruck von Gefühlen meint – ist der von Breuer gewählte Begriff für diesen Ansatz.

Es ist auch Breuer selbst, der sein Verfahren „Psychoanalyse“ nennt – unter Rückgriff auf die o.g. Wortbedeutung von „analysieren“ = „rückwärts gewandt auflösen“. Er lehnt sich dabei an das Drama „König Ödipus“ von Sophokles an: Schiller bezeichnet das Stück ca. 100 Jahre zuvor in einem Brief an Goethe als „tragische Analysis“. Es bietet tatsächlich ein Musterbeispiel für eine rückschauende Auflösung: Um die rätselhafte Pest in Theben zu überwinden, muss Ödipus die Wahrheit über den Tod seines Vorgängers ans Licht bringen. Er entdeckt dabei am Ende des Stückes letztlich sein eigenes Trauma, seine brutale Aussetzung als Säugling mit durchstochenen Fersen. Der Clou der Geschichte: Ödipus ist zuvor über den Urheber der Tat belogen worden. Seine Gattin (die auch seine Mutter ist) hatte zuvor davon gesprochen, dass ihr erster Mann ein Kind – nämlich Ödipus – auf diese Weise hatte weggeben lassen. Am Ende – als Ödipus zu seinem Entsetzen aufgeklärt ist, dass er selbst dieses misshandelte und ausgesetzte Kind ist – berichtet ein neutraler Kronzeuge, dass Iokaste selbst für die Misshandlung und Aussetzung des Kindes verantwortlich war (in Kurzform: Schlagmann, 2010; ausführlich: Schlagmann, 2005). Damit enträtselt Ödipus zugleich die Verantwortung seiner Mutter (und Gattin) Iokaste für den Tod seines Vaters: Weil sie durch die Aussetzung Sohn und Vater einander entfremdet hatte, konnte es überhaupt erst zu dem späteren tödlichen Vater-Sohn-Konflikt kommen, bei dem sich Ödipus in Notwehr geschützt hatte. Iokaste entzieht sich der Todesstrafe, die das Orakel gefordert hatte, durch Suizid. Ödipus hätte seine Mutter eigenhändig umgebracht, wäre sie ihm nicht zugekommen. Er gerät nun in einen (vorübergehenden) Zustand von Verwirrung und beschuldigt sich (zu Unrecht) selbst der Tat.

Die Schilderung der sensiblen und klugen Behandlung Bertha Pappenheims (unter dem Pseudonym „Anna O.“), bei der Breuer gemeinsam mit seiner Patientin – wie Ödipus – aus der Rückschau die Wahrheitsfindung betreibt und damit die Heilung der Patientin bewirkt, bildet den Mittelpunkt der mit Freud publizierten „Studien über Hysterie“ (1895).

Freuds Betrug – Die Freundschaft mit Wilhelm Fließ

Der Professor für Psychoanalytische Studien am California Institute of Technology bzw. der Gründungs-Präsident des Institute of Contemporary Psychoanalysis, Louis

Breger (2009), legt dar, dass Sigmund Freud seinen Mentor Josef Breuer betrügt. Dieser Betrug werde offensichtlich in der gemeinsamen Publikation der „Studien über Hysterie“ von 1895, er beginne jedoch schon zwei bis drei Jahre zuvor. Freud ist zunächst noch ganz an Breuers Modell angelehnt und spürt bei seinen Klienten Traumatisierungen auf. Unter Einbezug aller Fall-Skizzen in den „Studien“ ist bei den insgesamt sechzehn Fällen durchaus sexualisierte Gewalt beschrieben, jedoch liegt in keinem Fall ein Konflikt zwischen einem sexuellen Bedürfnis und dessen Bewusst-Werden vor. Stattdessen treten jeweils traumatisierende Erfahrungen von Unterdrückung, Überforderung und Verlust deutlich zu Tage. Trotzdem konzentriert sich Freud auf einen sexuellen Konflikt und dessen angeblicher Verdrängung.

Breger sucht die Erklärung für diese Entwicklung bei Wilhelm Fließ, der sich mit kurzlebigen, abenteuerlichen Theorien zu Wort gemeldet hat. Fließ behauptet z.B. einen engen Zusammenhang zwischen Nase und Geschlechtsorgan. Und er postuliert weibliche und männliche Perioden (von 28 bzw. 23 Tagen) als Erklärung für diverse Lebensereignisse. Fließ sei einer der typischen medizinischen Quacksalber, die – aus Bedürfnis nach Ruhm – totalistische Theorien und Behandlungsmethoden kreieren. Freud nimmt den Verfasser des „mysthischen Unsinn“ gegen Kritik in Schutz. Fließ ist der zentrale Partner, mit dem Freud sich brieflich zur Entwicklung seiner „Psychoanalyse“ austauscht. Der „theoretische Imperialismus“ von Fließ habe Freud wohl mehr angesprochen, als der bescheidene Breuer, habe seine Hoffnungen auf grandiose Leistungen beflügelt. Mit Fließ, der sehr fixiert scheint auf sexuelle Themen, intensiviert Freud ab 1892 seinen Austausch, geht zu einem vertrauten „Du“ über, und entwickelt zusammen mit ihm zunehmend seltsame Vorstellungen vom Wirken sexueller Impulse (Masson, 1986). Beide Kollegen betreiben auch über Jahre hinweg eine Kokainisierung der Nase, was ihnen jeweils zu ganz besonderer Leistungsfähigkeit verhilft.

Sexualität – die Ursache allen Übels

Freud postuliert in dem von ihm verfassten Schlusskapitel der „Studien“ (1895) – grob verallgemeinernd – einzig und allein die Erfahrung sexualisierter Gewalt in der Kindheit als Auslöser der sog. „Hysterie“. Einige Monate lang – von Ende 1896 bis September 1897 – konzentriert er sich sogar einzig und allein auf eine väterliche Vergewaltigung. Man stelle sich vor: Jeden psychosomatischen Kopf- oder Magenschmerz, jeden Anfall von Herzrasen führt Freud – auch bei sich selbst und bei seinen Geschwistern – pauschal auf eine Vergewaltigung durch den Vater im Alter von 2-8 Jahren zurück, sofern sie verdrängt

ist. („Leider ist mein eigener Vater einer von den Perversten gewesen [...]“ – textet er in einem Brief an Fließ am 8. Februar 1897, ca. 4 Monate nach dem Tod des Vaters; vgl. Masson, 1986, 245.) Seine „Therapie“ läuft darauf hinaus, die Betroffenen zum Bekennen dieser Vorgänge zu drängen.

Dann beschleichen ihn aber selbst Zweifel, auch manche Patienten machen diese Prozedur nicht mit, und er behauptet – was m.E. natürlich noch viel weniger der Wahrheit entspricht – ab September 1897 geradezu das Gegenteil (Schlagmann, 2005, 466ff): Verdrängte „Perversionskeime“ seien (bei seinen Patienten, wie bei ihm selbst) für hysterische Symptome verantwortlich. An vorderster Stelle der angebliche Inzestwunsch gegenüber den Eltern, der berühmte Ödipuskomplex.

Eigentlich müsste er ab dieser Zeit seiner eigenen früheren Position vehement widersprechen. Tut er aber nicht. Im „Bruchstück einer Hysterieanalyse“ (1905) behauptet er eine Kontinuität seiner Gedankengänge über die Jahre hinweg. Ja, es geht immer um Sexualität. Ja, es geht immer um Vorgänge aus der Zeit zwischen dem 2. und dem 8. Lebensjahr. Ja, es geht immer um inzestuöse Szenen. Ja, es kommt nur zu psychosomatischen Reaktionen, sofern diese Ereignisse sich im Zustand der Verdrängung befinden. Nur eine kleine, winzige Änderung: Nein, die Szenen haben nicht real stattgefunden, sondern nur in der Phantasie der Betroffenen. Ab diesem Zeitpunkt will Freud in seiner Therapie nicht mehr die Erfahrung von sexualisierter Gewalt geschildert bekommen, sondern er drängt die Betroffenen – wie bei Ida Bauer (Fallbeispiel 2) – ihre sexuellen „Perversionen“ zu bekennen. Neben den inzestuösen bzw. mörderischen Strebungen gegenüber den Eltern zählen zu den erwarteten Standard-Perversionen die Homosexualität und die Masturbation.

Anstatt, wie Breuer, Verständnis für die reale Not seiner Patienten zu haben, beschuldigt Freud sie von nun an frühkindlicher, angeblich „unbewusster“ Triebe. Den Begriff „Psychoanalyse“ behält er für diese Prozedur bei. Den zuvor noch als „Trauma“ gewerteten sexuellen Missbrauch verharmlost er fortan als „Verführung“. (Die angeborene Perversionsneigung bedarf ja nur einer kleinen „Verführung“, um manifest zu werden.)

Die „sexuelle Ätiologie“ dehnt Freud auf alle Neurosen aus (1898/1952, 491): „Durch eingehende Untersuchungen bin ich in den letzten Jahren zur Erkenntnis gelangt, dass Momente aus dem Sexualleben die nächsten und praktisch bedeutsamsten Ursachen eines jeden Falles von neurotischer Erkrankung darstellen.“ Eventuell werden die Standard-Deutungen von Homosexualität, Masturbation und Inzest erweitert durch Verweise auf Sadismus und Masochismus, Exhibitionismus und Voyeurismus, Analität oder enuretische Kondition, Coitus interruptus oder Ejaculatio praecox. Selbst das Benüt-

zen von Kondomen scheint nach Freud (im Jahr 1893) Neurosen zu fördern (Masson, 1986, 29 f). Und es wird „von stark [zur Neurasthenie; K.S.] Disponierten oder fortdauernd Neurasthenischen [...] bereits der normale Koitus nicht vertragen.“ Also führt Sex in jeder Form zu irgendeiner Störung. Am 01. Juni 1910 gibt Freud in einer Debatte der Mittwoch-Gesellschaft (Nunberg u.a., 1977, 519) zum Besten: Sexualität gehöre „zu den gefährlichsten Betätigungen des Individuums“.

Eine Kette von Wirklichkeitsverkennungen

Diese Position reiht sich ein in eine ganze Reihe merkwürdiger Realitätsverkennungen bei Freud. Nicht nur Neurosen, sondern auch Verbrecher oder bestimmte Berufe, Künstler und Kunstwerke werden – ziemlich pauschal und wenig tiefgehend – jeweils mit (unterstellten) sexuellen Besonderheiten in Verbindung gebracht. Das ausführlichste Beispiel Freuds in Bezug auf Literatur: In drei Briefen an Wilhelm Jensen bittet Freud – nach Publikation seiner Abhandlung über dessen Novelle „Gradiva“ (Freud, 1907/1912) – den Dichter um die Gnade, Auskünfte über den Hintergrund seines Schreibens und sein Privatleben zu bekommen. Freuds Briefe wurden erst kürzlich von den Erben entdeckt und mir zur Publikation anvertraut (Schlagmann, i.V.). Jensen gibt bereitwillig Auskunft. Freuds Hirngespinnst, der Dichter sei wohl in eine Schwester verliebt gewesen, die mit einem Spitzfuß körperlich behindert gewesen sei, sackt in sich zusammen: Der uneheliche, als 3-Jähriger an eine kinderlose, unverheiratete Pflegemutter übergebene Jensen hatte keine Blutsverwandte um sich. Über deren mutmaßliche Gehbehinderung lässt er sich also nicht weiter aus. Freud ist daraufhin beleidigt. In einem Brief an C.G. Jung klagt er, dass Jensen nichts zu der Hauptfrage – der Gehbehinderung – gesagt habe (McGuire u.a., 1974, 116). Und er unterstellt dem Dichter – ein Jahr nach seinem Tod – in der zweiten Auflage seiner Abhandlung, er habe die Mitwirkung an der psychoanalytischen Deutung seiner Novelle versagt (Freud, 1912, 86). In meinem o.g. genannten Beitrag (i.V.) ist eine ganze Kette weiterer Wirklichkeitsverkennungen Freuds skizziert.

Emma Eckstein

Ein weiteres Beispiel sei hier kurz angeführt: Freud weiß (Freud, 1905/1993, 78): „Es ist bekannt, wie häufig Magenschmerzen gerade bei Masturbanten auftreten.“ So sieht es auch sein Freund Wilhelm Fließ (Fließ 1902, zit. n. Masson, 1995, 117 f): „Von den Schmerzen ex onanismo möchte ich einen wegen seiner Wichtigkeit besonders her-

vorheben: den neuralgischen Magenschmerz.“ Nach Fließ hängt die Nase eng mit dem Geschlechtsorgan zusammen; Masturbation habe „eine sehr charakteristische Schwellung und neuralgische Empfindlichkeit der nasalen Genitalstelle“ zur Folge. Sein Rezept bei Magenschmerzen: „Exstirpiert man gründlich diese Partie der linken mittleren [Nasen-] Muschel, was leicht mit einer geeigneten Knochenzange ausgeführt wird, so schafft man den Magenschmerz dauernd fort.“ Bei Emma Eckstein, die Freud als Patientin mit Magenschmerzen im Jahr 1895 an Fließ vermittelt, verletzt Fließ bei seiner „Operation“ ein größeres Gefäß. Wohl aus Schreck über das angerichtete Unheil, verstopft er die Wunde notdürftig mit Gaze und reist nach Berlin ab. Emma Eckstein steht für Wochen auf der Kippe zwischen Leben und Tod, als ein Arzt die zunächst unentdeckte Gaze aus der eiternden Wunde entfernt und die Blutung immer wieder aufbricht. Ihr muss am Ende ein Teil des Gesichtsknochens weggemeißelt werden, um die Blutung stoppen zu können (Masson, 1995, 111). Freud dagegen: „Eine Entstellung bleibt ihr natürlich erspart.“ (Masson, 1986, 122) Freud beruhigt über fast zwei Jahre hinweg seinen Freund, die Blutungen seien „hysterische“ gewesen, „wahrscheinlich zu Sexualterminen“ (ebd., 193). „[D]aß es Wunschblutungen waren, ist unzweifelhaft“ (ebd., 202) (4. Juni 1896). Freud lernt in diesem Fall, wie leicht es ist, der Phantasie eines Betroffenen die Verantwortung für ein verletzendes Geschehen zuzuschreiben.

Unwahre Phantasie vs. verdrängte Wahrheit

In Freuds Vorstellung geht es reichlich paradox zu. Sofern Menschen ihm nach dem September 1897 Erinnerungen an reale Gewalterfahrungen schildern, geht er davon aus, dass die Erinnerungen eigentlich nur der Phantasie, dem Wunsch der Betroffenen entsprungen sein können. Wenn die Betroffenen dann jedoch bestreiten, dass sie die eine oder andere „perverse“ Phantasie in sich verspürt haben, dann wird argumentiert, hier werde etwas verdrängt. Die erinnerte Realität ist also unwahre Phantasie, die nicht erinnerte Phantasie ist verdrängte Realität. Dieses merkwürdige Verwirrungsspiel setzt sich fort bis in die heutigen Tage.

Eine Studie aus neuerer Zeit

Im Jahr 1999 hatte ich an einer Delphi-Studie der Universität Saarbrücken zum Thema „Trauma und Erinnerung“ teilgenommen, ein DFG-Projekt unter der Leitung von Prof. Krause; Anke Kirsch hat mit der Durchführung der Studie ihre Dissertation abgelegt. „Experten“ (91 über-

wiegend psychologische oder ärztliche Psychotherapeuten der unterschiedlichsten Therapierichtungen) sollten berichten, wie sie die Erzählung Betroffener von (angeblichem) sexuellen Missbrauch als Phantasie erkennen. Hier einige Ergebnisse (Kirsch, 1999 a, 31):

„Die folgenden Statements beziehen sich auf Kriterien, die von Ther. als Hinweise für retrospektive Phantasien angesehen werden. Die Statements waren nach dem Ausmaß der Zustimmung zu gewichtet. [...]“

20.4: Die Schuldfrage wird eher externalisiert und bei dem/der Täter/in gesucht.

04,7% stimme gar nicht zu, 29,7% stimme überwiegend nicht zu, 51,6% stimme im wesentlichen zu, 14,1% stimme völlig zu

20.5 Die Pat. gehen mit einer größeren Überzeugung und Sicherheit davon aus, dass eine sexuelle Traumatisierung stattgefunden haben müsste.

04,9% stimme gar nicht zu, 31,1% stimme überwiegend nicht zu, 50,8% stimme im wesentlichen zu, 13,1% stimme völlig zu“.

65,7% bzw. 63,9% der 91 „Experten“ ordnen die ihnen geschilderten Traumatisierungen eher einer „retrospektiven Phantasie“ zu, weil die Betroffenen dies ohne eigenes Schuldbewusstsein und mit sicherer Erinnerung berichten. Nur winzige 4,7% bzw. 4,9% lehnen eine solche Schlussfolgerung deutlich und entschieden ab.

Zu einigen der zweigeteilten Statements konnte ich keine eindeutige Antwort ankreuzen, z.B. zu Frage 2.5 (a.a.O., 13): „Aufgabe der Psychotherapie ist nicht nur zu schauen, wie ist das erlebt worden und was haben die Pat. für Phantasien dazu, sondern auch zu schauen, was hat das für einen Realitätsgehalt.“ Es ist m.E. für die Therapie von Opfern sexualisierter Gewalt ziemlich irrelevant, wenn nicht gar schädlich, Betroffene zu fragen, was für „Phantasien“ ihnen zu diesen Gewaltsituation durch den Kopf gingen. Diesem Teil des Statements stimme ich überhaupt nicht zu. Dem anderen Teil dagegen, „zu schauen, was hat das für einen Realitätsgehalt“, stimme ich vollkommen zu, denn es zeugt von einem Interesse an der Wirklichkeit der Betroffenen. Oder bei Frage 2.7 (ebd.): „Zwar spielen in der Psychotherapie die Phantasien eine ganz wichtige Rolle, aber für das Gelingen einer Therapie ist auch die Rekonstruktion der Wahrheit wichtig.“ Dass „die Phantasien“ (offenbar im Sinne von Einbildungen) in der Psychotherapie von Opfern sexualisierter Gewalt eine wichtige Rolle spielen, dem stimme ich überhaupt nicht zu. Dass die Rekonstruktion der Wahrheit wichtig ist, halte ich dagegen für ein zentrales Moment der Therapie.

Bei der Studie wurden drei Antworten ausgeschlossen. Meine Antwort gehörte offenbar dazu, denn kein einziges Statement der Studie, das in die Auswertung einbezogen wurde, wird zu weniger als 100% beantwortet. Auf meine Anfrage, was mit meinem Beitrag zur „Studie“

geschehen sei, bekam ich von Anke Kirsch nur eine ausweichende Antwort.

Es wird durch die „Studie“ also mit manipulativen Fragen das Bild einer Wirklichkeit zurechtgezwingt, das dem alten Vorurteil Freuds weiter Rechnung trägt. Wenn Gewaltopfer nicht bei sich selbst die Schuld suchen, dann machen sie sich verdächtig zu phantasieren. Ebenso, wenn sie sich klar ihrer Geschichte erinnern.

Kirsch steuert übrigens für dasselbe Heft, in dem Herr Kernberg 1999 seine Thesen publiziert, einen Artikel bei (1999 b). Ebenso getan hat das ihr Doktorvater Krause, der Kernberg als seinen Freund bezeichnet, und der – umgekehrt – von Kernberg in der Audio-Fassung seines Vortrags namentlich begrüßt wird. Die beiden Saarbrücker Autoren lassen ihre Zweifel an dem Wert der Erinnerungen Betroffener zum Ausdruck kommen.

Damit feiert die Freudsche Haltung eine Bekräftigung: Zunächst einmal werden berichtete Traumatisierungen bezweifelt. Dann, wenn sie nicht mehr von der Hand zu weisen sind, wird behauptet, die Betroffenen hätten vor allem deswegen eine Störung davon getragen, weil ihre eigenen perversen Impulse wachgerufen worden seien.

An verschiedenen Stellen habe ich innerhalb meiner Fachgruppe versucht, eine Diskussion über z.B. Kernbergs Thesen zu initiieren (Schlagmann, 2007, 2009; Webseite <http://www.oedipus-online.de>). Die Heftigkeit und die starke Emotionalität, mit der dieses Ansinnen z.T. zurückgewiesen wird, sind wohl bezeichnend.

Missbrauchsoffer sind Lügner

Noch in jüngster Zeit gibt es fatale Aussagen zur Lügenhaftigkeit von Opfern sexualisierter Gewalt. So antwortet Jörg Fegert in einem Interview (für die Jugendseite der *Südwest Presse*, Ausgabe vom 02.11.2010 – vgl. <http://netzwerkb.org>) auf die Frage: „Wann wird Lügen krankhaft?“. „Es gibt Menschen, die fast in jeder Lebenssituation lügen. Sie haben häufig jahrelange Misshandlung oder sexuellen Missbrauch erlebt und mussten lügen und vertuschen. Wenn wir solche Kinder oder Jugendliche auf Station haben, erwecken sie erst ein enormes Mitleid in der Gruppe, dann spaltet sich die Stimmung aber und am Schluss mag sie keiner. Hinzu kommt, dass man ihnen auch tatsächliche Erlebnisse nicht mehr glaubt.“ Auf den heftigen Protest von Betroffenen revidierte Fegert seine Aussage und entschuldigte sich damit, dass er ursprünglich an das „seltenen Krankheitsbild der Pseudologia Phantastica“ gedacht habe; „Patientinnen und Patienten mit dieser Störung [...] [sind] eben nicht primär narzisstische Aufschneider, sondern in den Fällen, die ich behandelt habe, Kinder, welche

reale Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen über Jahre hatten, aber auch von ihrem Umfeld immer wieder zu Ausreden und Lügen angehalten wurden, und die dann eine solche Störung entwickelt hatten, die dazu führte, dass niemand ihnen Glauben schenkt. Da dieses Krankheitsbild eine spezielle Störung ist, die nur sehr wenige Menschen aufweisen, steht sie mit der Vielzahl der Missbrauchsoffer nicht in Zusammenhang.“

Ein Spezialist für „Pseudologia Phantastica“ bin ich nicht. Bei einem kurzen Stöbern im Internet habe ich jedoch bei diversen Fachbeiträgen immer nur eines gefunden: Die Ätiologie dieser Störung sei völlig unklar. Insofern hat Fegert also entweder eine bahnbrechende Entdeckung gemacht, oder aber das Ausweichen auf ein sehr spezielles Gebiet soll dazu dienen, den argumentativen Skandal abzubiegen und die Verfolger abzuschütteln. Mir scheint das Letztere der Fall zu sein.

Gerade weil es – wie hier dargestellt – eine unrühmliche Tradition in der Psychotherapie-Szene gibt, die Opfer von sexualisierter Gewalt nicht ernst zu nehmen, sondern sie selbst wiederum zu Tätern zu erklären, ist m.E. Fegerts Darstellung völlig unakzeptabel. Er hat sich damit in meinen Augen unglaublich gemacht. Da er als „Experte“ auch dem „runden Tisch – sexueller Kindesmissbrauch“ angehört, hat er m.E. auch der Glaubwürdigkeit dieses ganzen Gremiums geschadet.

Aus Fehlern wird man klug. Manchmal dauert es (leider) etwas länger, bis sich die problematischen Auswirkungen von bestimmten Gepflogenheiten deutlich zeigen. Erst dann besteht die Chance, sie ausgiebig zu diskutieren und zu bearbeiten. Im Zuge der jüngeren Missbrauchsdebatte kamen Kirchen und Reformpädagogik im Hinblick auf den Schutz Jugendlicher vor sexualisierter Gewalt auf den Prüfstand. Im Umkreis dieser Debatte ist es m.E. wünschenswert, dass sich auch die Psychotherapie-Szene an eine längst überfällige Aufarbeitung ihrer Schattenseiten macht, die sich gerade im Umgang mit den Opfern sexualisierter Gewalt zeigen.

Bisweilen passieren auf dieser Welt Dinge, bei denen man sich kaum vorstellen mag, dass sie sich tatsächlich so zugetragen haben. Und leider ist es oft dazu noch allzu schwer, selbst im Nachhinein offen darüber zu diskutieren. Vielleicht vermag ja dieses Heft der Sexuologie einen weiteren Anstoß zu einer konstruktiven Auseinandersetzung zu leisten.

Literatur

- Breger, L., 2009. A dream of undying fame. How Freud betrayed his mentor an invented psychoanalysis. Basic Books, New York.
- Breuer, J. & Freud, S., 1895/1991. Studien über Hysterie. Fischer TB, Frankfurt a.M.
- Freud, S., 1898/1952. Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen, in: GW, Bd. 1, 491–516.
- Freud, S., 1905/1993. Bruchstück eine Hysterieanalyse. Fischer TB, Frankfurt/M.
- Freud, S., 1907/1912². Der Wahn und die Träume in W. Jensens „Gradiva“. Franz Deuticke, Leipzig u.a.
- Hirschmüller, A., 1978. Physiologie und Psychoanalyse in Leben und Werk Josef Breuers. Dissertation. Jahrbuch der Psychoanalyse, Beiheft 4, Hans Huber, Bern u.a.
- Israëls, H., 1999. Der Fall Freud. Die Geburt der Psychoanalyse aus der Lüge. EVA/Rotbuch, Hamburg.
- Kernberg, O.F., 1997. Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. Audio-Aufzeichnung des Vortrags, gehalten bei den Lindauer Psychotherapiewochen, Auditorium Netzwerk, Müllheim.
- Kernberg, O.F., 1999. Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. In: Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie. Jg. 3, 1: 5ff.
- Kirsch, A., 1999a. Arbeiten der Fachrichtung Psychologie des Saarlandes: Nr. 190. Erste Ergebnisse eines Expertendelphis zum Thema „Trauma und Erinnerung“. Saarbrücken.
- Kirsch, A., 1999b. Trauma und Wirklichkeits(re)konstruktion: Theoretische Überlegungen zu dem Phänomen wiederauftauchender Erinnerungen“, in: Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie. Jg. 3, 1: 45–54.
- Masson, J.M., (Hg.), 1986. Sigmund Freud. Briefe an Wilhelm Fließ 1887–1904. S. Fischer, Frankfurt/M.
- Masson, J.M., 1995. Was hat man dir, du armes Kind getan? Oder: Was Freud nicht wahrhaben wollte. Kore, Freiburg.
- McGuire, W. & Sauerländer, W., (Hg.), 1974. Sigmund Freud – Carl Gustav Jung. Briefwechsel. S. Fischer, Frankfurt/M.
- Nunberg, H. & Federn, E., (Hg.), 1977. Protokolle der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung. Band III (1910–1911), S. Fischer, Frankfurt/M.
- Psychoanalytic Inquiry, 2005. Freud and Dora – 100 years later. Sonderheft mit diversen Beiträgen zu Freuds Abhandlung „Bruchstück einer Hysterieanalyse“ von 1905.
- Schlagmann, K., 2005. Ödipus – Komplex betrachtet. Männliche Unterdrückung und ihre Vergeltung durch weibliche Intrige als zentraler Menschheitskonflikt. Saarbrücken, Der Stamm-baum und die 7 Zweige.
- Schlagmann, K., 2007. Sexueller Missbrauch. Opferbeschuldigung als Psychotherapiestrategie? in: psychoneuro, 9/2007, 361ff.
- Schlagmann, K., 2009. Ein markanter Freudscher Flüchtigkeitsfehler. Plädoyer für die Revision von Freuds Verwerfung der Trauma-Perspektive, in: Psychodynamische Psychotherapie (PDP), 8/2009, 67–77.
- Schlagmann, K., 2010. Ödipus – komplex betrachtet, in: Programmheft zu Bodo Wartkes Solo-Kabarett „König Ödipus“, 33–54. Reimkultur, Musikverlag.
- Schlagmann, K., (i.V.). Die Deutung des Wahns oder der Wahn der Deutung? Sigmund Freuds bislang unveröffentlichte Briefe an Wilhelm Jensen und die Lebenswirklichkeit des Autors der „Gradiva“. Zum 100. Todestag von Wilhelm Jensen (24.11.1911), in: Integrative Therapie IV, 2011.

Adresse des Autors

Klaus Schlagmann, Scheidter Str. 62, 66123 Saarbrücken, <http://www.oedipus-online.de>, e-mail: klausschlagmann@t-online.de



Zusammenfassung des Abschlussberichts der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs*

Christine Bergmann

I. Die Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs

Vor dem Hintergrund der 2010 bekannt gewordenen zahlreichen Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs beschloss die Bundesregierung am 24. März 2010 die Einrichtung eines Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“. Der Runde Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“ untersteht dem gemeinsamen Vorsitz der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, der Bundesministerin für Justiz und der Bundesministerin für Bildung

* Bei dem Text handelt es sich um einen Auszug aus dem Abschlussbericht vom Mai 2011 der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann.

und Forschung. Mitglieder des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ sind rund 60 Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Gesellschaft und Wissenschaft.

Zeitgleich setzte die Bundesregierung eine Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs ein und berief in dieses Amt Dr. Christine Bergmann, Bundesministerin a. D. Die Unabhängige Beauftragte sollte Ansprechpartnerin für Betroffene sein. Ihre Aufgaben umfassten außerdem die Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs in Institutionen und in der Familie in der Vergangenheit sowie die Erarbeitung von Empfehlungen für immaterielle und materielle Hilfen für Betroffene durch die Verantwortungsträger für die Bundesregierung und den Runde Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“. Die Unabhängige Beauftragte ist Mitglied des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“.

1. Aufgaben

Anlaufstelle:

Als Ansprechpartnerin und Anlaufstelle für Betroffene war die Unabhängige Beauftragte seit dem 9. April 2010 schriftlich und seit dem 28. Mai 2010 über ihre telefonische Anlaufstelle erreichbar. Weitere Kontaktmöglichkeiten und Informationen waren auf der Website der Unabhängigen Beauftragten unter www.beauftragtemissbrauch.de abrufbar.

In den über 2 000 Briefen, die die Unabhängige Beauftragte im ersten Jahr ihrer Tätigkeit erhielt, schilderten Betroffene ihre Missbrauchserfahrungen und die Folgen des Erlebten für ihr weiteres Leben. Die Angaben aus den Briefen wurden anonymisiert dokumentiert und flossen in die Aufarbeitung der Thematik ein.

In der telefonischen Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten gingen bis März 2011 mehr als 11 000 Anrufe ein. Sie wurden von Fachkräften entgegengenommen, die den Betroffenen bei Bedarf Wege der Hilfe und Unterstützung aufzeigten. Die Gespräche wurden vorbehaltlich der Zustimmung der Anrufenden anonymisiert dokumentiert. Die telefonische Anlaufstelle wurde wissenschaftlich begleitet. Die wissenschaftliche Begleitforschung, mit der Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Leiter der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm, beauftragt wurde, umfasste die Bereitstellung einer webbasierten Plattform für die Dokumentation sowie die kontinuierliche Auswertung der Informationen aus der Anlaufstelle. Sie wurde von einem Beirat aus Forschung und Beratungspraxis unterstützt.

Aufarbeitung:

In die Aufarbeitung der Thematik des sexuellen Kindesmissbrauchs wurden neben den Berichten, Botschaften

und Anliegen der Betroffenen aus der Anlaufstelle und aus persönlichen Gesprächen auch der Austausch mit weiteren Expertinnen und Experten sowie eigene Studien und Befragungen einbezogen.

Empfehlungen für immaterielle und materielle Hilfen:

Bei der Erarbeitung der Empfehlungen für immaterielle und materielle Hilfen war zu berücksichtigen, dass sich der Auftrag insbesondere auf Fälle aus der Vergangenheit und auch auf den familiären Bereich bezog.

2. Grundsätze

Die Unabhängige Beauftragte verpflichtete sich als Vermittlerin zwischen den Anliegen der Betroffenen und der Politik den Grundsätzen der Transparenz, Vertraulichkeit, Kompetenz und Kooperation. Ihre Unabhängigkeit bedeutete für sie auch die Notwendigkeit der Betrachtung der Thematik aus unterschiedlichen Perspektiven.

3. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Im Rahmen der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wurde die Öffentlichkeit über Pressemitteilungen, Pressekonferenzen, Hintergrundgespräche, Interviews, Teilnahmen an Veranstaltungen und über die Website über die Arbeit der Unabhängigen Beauftragten informiert. Im September 2010 startete die Unabhängige Beauftragte die Kampagne „Sprechen hilft“. Mit dem Leitsatz „Wer das Schweigen bricht, bricht die Macht der Täter“ rief die Kampagne Betroffene dazu auf, über das Erlebte zu sprechen und sich damit von der Macht der Täter bzw. der Täterinnen zu befreien.

II. Maßnahmen zur Aufarbeitung der Thematik des sexuellen Kindesmissbrauchs

Die Unabhängige Beauftragte bezog in den Aufarbeitungsprozess verschiedene Sichtweisen und Erfahrungen ein. Zentral waren dabei stets die Anliegen und Botschaften der von sexuellem Kindesmissbrauch Betroffenen.

1. Gespräche mit Expertinnen und Experten

Gespräche mit Expertinnen und Experten waren ein wichtiges Element der Aufarbeitung der Thematik aus unterschiedlichen Perspektiven. Auf nationaler Ebene

führte die Unabhängige Beauftragte eine Vielzahl von Gesprächen mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis, im Bereich des sexuellen Kindesmissbrauchs tätigen Verbänden und Einrichtungen sowie Fachkräften aus Beratungsstellen. Die Einbeziehung bereits bestehender langjähriger Erfahrung und die Einbeziehung von Fachwissen erbrachte wichtige Erkenntnisse über den Umgang mit der Thematik in der Praxis.

Ein Austausch auf internationaler Ebene fand in der Parlamentarischen Versammlung des Europarats und im Rahmen der Konferenz des Europarats zum Start der Europaratskampagne gegen sexuellen Kindesmissbrauch statt. Außerdem wurden Gespräche mit einer irischen Expertin, der niederländischen „Samson-Kommission“ und der niederländischen Botschaft sowie der Botschaft Ecu-adors geführt.

2. Wissenschaftliche Auswertung der Anrufe und Briefe

Die wissenschaftliche Begleitung der telefonischen Anlaufstelle und die damit verbundene Dokumentation und Auswertung der Anrufe und Briefe bildete eine zentrale Grundlage, um die Anliegen Betroffener in Erfahrung zu bringen.

Wesentliche Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung:

Zwischen April 2010 und März 2011 gingen mehr als 13 000 Anrufe und Briefe (11 395 Anrufe und 2 087 Briefe) ein. Davon waren 4 573 inhaltlich auswertbar. Die Anlaufstelle wurde zu Beginn zu fast gleichen Teilen von Frauen und Männern in Anspruch genommen, auf das Gesamtjahr bezogen überwiegend von Frauen (63%). Die Personen, die sich meldeten, stammten überwiegend aus den alten Bundesländern und aus städtischen Gebieten. Ihr Durchschnittsalter lag zu Beginn bei rund 50 Jahren, für den gesamten Auswertungszeitraum bei rund 46 Jahren mit einer Altersspanne von sechs bis 89 Jahren. Es meldeten sich überwiegend Betroffene (64%) und Kontaktpersonen (16%) sowie weitere Personen mit allgemeinen Anliegen und in Einzelfällen Täter bzw. Täterinnen. Insgesamt wurden 3 640 Betroffenenfälle thematisiert. Bei Kontaktpersonen von Betroffenen, die sich an die Anlaufstelle wandten, handelte es sich meist um Mütter von betroffenen Kindern.

Insgesamt machten 2 484 Personen Angaben zum Kontext des Missbrauchsgeschehens. Mit 52% überwogen die Missbrauchsfälle im familiären Umfeld, weitere 32% entfielen auf Missbrauch in Institutionen, 9% auf das weitere soziale Umfeld und 7% auf Fremdtäter bzw. Fremdtäterinnen. Das Verhältnis von Missbrauch in Institutionen und Missbrauch im familiären Kontext hat sich im

Laufe des ersten Jahres der Anlaufstelle nahezu umgekehrt. Zu Beginn meldeten sich vor allem Personen – und hier insbesondere Männer –, die über Missbrauch in Institutionen berichteten. Im weiteren Verlauf des Jahres 2010 und nach dem Start der Kampagne „Sprechen hilft“ meldeten sich verstärkt Personen – insbesondere Frauen –, die Missbrauch im familiären Kontext erfahren hatten.

Am häufigsten wurden Missbrauchsfälle im Zusammenhang mit kirchlichen Einrichtungen (63%) beschrieben. Dabei wurde von insgesamt 45% Missbrauchsfällen im Zusammenhang mit der katholischen Kirche berichtet: 30% in nicht näher bestimmten katholischen Einrichtungen, 9% in katholischen Schulen und 6% in katholischen Heimen. Von 14% der Missbrauchsfälle wurde im Zusammenhang mit evangelischen Einrichtungen berichtet: 11% in nicht näher bestimmten Einrichtungen, 1% in Schulen und 2% in Heimen. Bei weiteren 4% Missbrauchsfällen in kirchlichen Einrichtungen wurde kein Bezug zur Konfession hergestellt. Von Missbrauch wurde auch in medizinischen Einrichtungen (Krankenhäusern, Arztpraxen, Praxen für Psychotherapie) und in Sport- und anderen Vereinen berichtet.

Zum Geschlecht der Täter und Täterinnen machten 2 419 Betroffene und Kontaktpersonen Betroffener Angaben. In 87% wurden Männer, in 7% Frauen und in 6% beide Geschlechter als Täter bzw. Täterinnen benannt.

Als hilfreiche Aspekte bei der Verarbeitung des Missbrauchsgeschehens wurden Psychotherapie, ärztliche Behandlung und psychiatrische Behandlung genannt, wobei die Qualität der Behandlung teilweise auch negativ beurteilt wurde. Auch die Suche nach Unterstützung bei Familienangehörigen und im näheren sozialen Umfeld wurde häufig, aber nicht immer als hilfreich wahrgenommen. Außerdem wurden berufliche, sportliche und kreative Tätigkeiten, aber auch Selbstschutzmechanismen wie Schweigen, Abgrenzen und Verdrängen als hilfreiche Aspekte benannt.

Hinderliche Aspekte bei der Verarbeitung waren nach Angaben der Personen, die sich an die Anlaufstelle wandten, meist fehlende Unterstützung und negative Reaktionen auf Hilfesuche, tabuisierender bzw. unsensibler gesellschaftlicher Umgang mit dem Thema, schwierige gesetzliche Rahmenbedingungen, anhaltender Kontakt zum Täter bzw. zur Täterin und religiöse Vorstellungen bzw. kirchliche Vorgaben.

Häufig berichtete Diagnosen als Folgen des Missbrauchs waren posttraumatische Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Angst- bzw. Panik- und Zwangsstörungen, Essstörungen und Depressionen mit Suizidalität. Am häufigsten wurden in der Anlaufstelle die Themen Therapie und Beratung, Verjährung, Entschädigung, Aufklärung sowie Aus- und Fortbildung angesprochen.

3. Gespräche mit Betroffenen

Im Rahmen der Aufarbeitung führte die Unabhängige Beauftragte Gespräche mit einzelnen Betroffenen und Vertreterinnen und Vertretern von Betroffeneninitiativen sowie mit Mitgliedern von Selbsthilfegruppen.

Ziel der Gespräche war, Betroffene als Expertinnen und Experten zur Problematik des sexuellen Kindesmissbrauchs zu hören. Dabei ging es sowohl um Fragen der Aufarbeitung als auch um Unterstützung und Hilfen bei der Bewältigung der Folgen, an denen die meisten Betroffenen noch Jahrzehnte nach dem Missbrauchsgeschehen leiden.

In den Gesprächen berichteten Betroffene, dass die Einrichtungen trotz Kenntnis von den sexuellen Übergriffen keine Konsequenzen daraus gezogen, sondern den Schutz der Einrichtung oder einzelner Täter und Täterinnen vor den Schutz der Kinder gestellt hatten. Verdachtsfällen sei nicht nachgegangen, Kindern nicht geglaubt worden. Die Aufarbeitung sei stets von den Betroffenen selbst ausgegangen. Die meisten Opfer waren zum Zeitpunkt des Missbrauchs unter 14 Jahre alt.

Neben sexuellen Übergriffen sei es auch zu massiven körperlichen Misshandlungen, zum Teil mit sadistischen Ausprägungen, gekommen.

Der Wunsch nach Anerkennung des erlittenen Unrechts wurde von allen Betroffenen genannt. Neben der Forderung nach mehr Therapie- und Beratungsangeboten benannten die Betroffenen das Anliegen, eine Entschädigung für das erlittene Unrecht zu erhalten – auch dies vorrangig im Sinne einer Anerkennung des Unrechts durch die Verantwortungsträger.

4. Gespräch des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ mit Betroffenen

Im November 2010 fand ein von der Unabhängigen Beauftragten initiiertes Gespräch des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ mit Betroffenen statt. Ziel war, die Betroffenen als Expertinnen und Experten in eigener Sache unmittelbar am Runden Tisch zu hören. Dies war den Betroffenen ein wichtiges Anliegen.

Eingeladen wurden sechs Betroffene und zwei Angehörige in Vertretung für ihre minderjährigen bzw. von Behinderung betroffenen Kinder. Der Missbrauch war in unterschiedlichen Zusammenhängen erfolgt – in der Familie, in einer kirchlichen Einrichtung, im Internat, im DDR-Heim, im Sportverein und in einer Behinderteneinrichtung.

An dem Gespräch des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ mit Betroffenen nahmen die Bundesministerinnen Dr. Kristina Schröder, Sabine Leutheusser-

Schnarrenberger und Prof. Dr. Annette Schavan sowie 32 von 60 Mitgliedern des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ teil. Das Gespräch wurde von der Unabhängigen Beauftragten moderiert. Die teilnehmenden Betroffenen formulierten folgende Anliegen:

- ◆ Ausbau und engere Vernetzung von Beratungsstellen und deren finanzielle Sicherstellung
- ◆ Besser zugängliche, längere und spezialisiertere Therapien und Einrichtung von Traumazentren
- ◆ Unabhängige Anlaufstellen auf Bundes- oder Länderebene
- ◆ Bessere Kontrollinstrumente in Institutionen sowie externe unabhängige Vertrauenspersonen
- ◆ Aufarbeitung von Strukturen und Mechanismen, die den systematischen Missbrauch in Institutionen möglich gemacht haben
- ◆ Aus- und Weiterbildungen zu sexuellem Missbrauch für alle Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen sowie in Therapie, Medizin, in der Justiz oder bei der Polizei tätig sind
- ◆ Anerkennung des erlittenen Unrechts für die damit verbundenen lebenslänglichen privaten wie beruflichen Konsequenzen durch Entschädigungen

5. Unterstützung der Vernetzung Betroffener und ihrer Mitwirkung am Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“

Die Unabhängige Beauftragte unterstützte die Vernetzung Betroffener und ihre Mitwirkung am Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“. Mit Unterstützung der drei Bundesministerien fanden Treffen von Betroffenen und Betroffeneninitiativen in Berlin statt, aus denen sich ein Arbeitskreis bildete. Dieser formulierte Stellungnahmen und Vorschläge Betroffener an den Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“ zur Einbeziehung in die Arbeit des Runden Tisches.

Aus diesen Treffen hat sich mittlerweile die „Bundesinitiative der Betroffenen von sexualisierter Gewalt und Missbrauch im Kindesalter“ gebildet, die seit März 2011 Vertretungen in die Sitzungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ und seiner Arbeitsgruppen entsendet.

6. Expertise von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Im Februar 2011 führte die Unabhängige Beauftragte eine Befragung von psychologischen Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten durch. Erfasst wurde, in welchen

Bereichen diese Berufsgruppe gravierende Mängel in der Praxis sieht und wie aus ihrer Sicht eine adäquate therapeutische Unterstützung von sexuellem Missbrauch Betroffener sichergestellt werden kann.

Die Befragung mit über 2 500 Teilnehmenden, ergab, dass die meisten der behandelten Betroffenen in ihrer Kindheit sexuellen Missbrauch im sozialen Nahbereich erlitten hatten und 10% der Betroffenen Missbrauch in Institutionen. Der Missbrauch hatte überwiegend im Alter zwischen sieben und 12 Jahren stattgefunden.

In mehr als der Hälfte der Fälle war der Missbrauchshintergrund zu Beginn der Therapie nicht bekannt. Betroffene müssen nach den Erkenntnissen aus der Aufarbeitung aufgrund langer und schwieriger Therapieverläufe häufig länger als andere Patientinnen bzw. Patienten auf einen Therapieplatz warten. Die meisten Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten gaben als allgemeine Wartezeit aller Patientinnen bzw. Patienten auf einen Therapieplatz in ihrer Praxis einen Zeitraum von drei bis fünf Monaten an. Ebenfalls viele gaben eine durchschnittliche Wartezeit von sechs bis elf Monaten an.

Die Befragung ergab, dass in der Therapie wegen sexuellen Missbrauchs neben den Richtlinienverfahren oft auch andere spezifische Behandlungsmethoden wie beispielsweise traumafokussierte Verfahren oder Kreativtherapien angewandt werden.

Es wurden vor allem folgende Anliegen formuliert: Verkürzung der Wartezeiten für einen geeigneten Therapieplatz, Erhöhung der Stundenkontingente, insbesondere für komplex traumatisierte Betroffene mit schweren Missbrauchserfahrungen und ausgeprägten dissoziativen Störungen, mehr Angebote für männliche Betroffene und in ländlichen Gebieten, Öffnung der Kassenleistungen für diverse, schulenübergreifende Therapieverfahren, mehr bedarfsorientierte soziale Betreuung neben der Therapie, mehr psychosoziale Vernetzung und Kooperation mit Kliniken und Beratungsstellen sowie mehr Aus- und Weiterbildungsangebote.

7. Expertise von Beratungsstellen

Zur Einbindung der Erfahrungen bereits bestehender Beratungs- und Anlaufstellen in die Aufarbeitung führte die Unabhängige Beauftragte eine Befragung von 1 300 Beratungsstellen im Bundesgebiet durch. Mit der Befragung sollte ermittelt werden, wer sich bei den Beratungsstellen meldet und mit welchem Anliegen und welche Hilfsangebote von sexuellem Missbrauch Betroffene als hilfreich bewerten und welche nicht, was Betroffene beklagen, welche Unterstützung die Beratungsstellen benötigen und welche Forderungen sie gegenüber der Politik erheben.

Nach den Ergebnissen der Befragung wenden sich vor allem Eltern und Kontaktpersonen von betroffenen Kindern und Jugendlichen, betroffene Jugendliche und heute Erwachsene sowie Fachkräfte z.B. aus dem pädagogischen, medizinischen oder rechtlichen Bereich oder aus dem Sportbereich an die Beratungsstellen. Betroffene wünschen sich vor allem einen Austausch an einem geschützten Ort, Stabilisierung und emotionale Entlastung, Beratung und eine Vermittlung von Hilfen.

Die Beratungsstellen fordern einen Ausbau der Therapie- und Beratungsangebote, eine Vernetzung von Fachkräften, Aus- und Fortbildungen für mit sexuellem Missbrauch befasste Berufsgruppen, eine psychosoziale Begleitung Betroffener im Strafverfahren, eine Verankerung der Schweigepflicht für Beschäftigte von Beratungsstellen, materielle Hilfen für Betroffene, Präventionsmaßnahmen und verstärkte Öffentlichkeitsarbeit.

8. Forschungsprojekt des Deutschen Jugendinstituts e.V. im Auftrag der Unabhängigen Beauftragten

Mit einem Forschungsprojekt zu sexueller Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen wurde das Deutsche Jugendinstitut beauftragt. Das Forschungsprojekt beinhaltet Literaturexpertisen zum Forschungsstand und zum Forschungsbedarf zu sexueller Gewalt in Institutionen und in Familien, eine standardisierte Institutionenbefragung zum Umgang mit Verdachtsfällen sexueller Gewalt in Schulen, Internaten und Heimen sowie Fokusgruppenbefragungen und ergänzende Interviews mit Personen, die mit sexueller Gewalt befasst sind. Das Projekt wurde von einem Beirat begleitet.

Im Rahmen der anonym und stichprobenhaft durchgeführten Institutionenbefragung wurde nach Verdachtsfällen auf sexuellen Missbrauch durch an der Institution tätige Personen, Verdachtsfällen auf sexuelle Übergriffe unter Kindern und Jugendlichen und nach an der Institution bekannt gewordenen Verdachtsfällen auf sexuellen Missbrauch außerhalb der Institution (z.B. in der Familie oder im sozialen Umfeld) differenziert.

Wesentliche Ergebnisse der Institutionenbefragung: In den befragten Bereichen mussten sich Schulen zu 50%, Internate zu knapp 70% und Heime zu über 80% mit Verdachtsfällen auseinandersetzen. Heime berichteten im Verhältnis zu Schulen und Internaten für alle abgefragten Formen von sexueller Gewalt deutlich mehr Verdachtsfälle.

Verdachtsfälle auf sexuelle Gewalt werden in erster Linie dadurch bekannt, dass sich betroffene Kinder und Jugendliche an Lehr- und Fachkräfte wenden oder diese bei Andeutungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten aktiv nachfragen.

In nahezu allen Verdachtsfällen versuchten Fachkräfte aus den Institutionen zunächst durch Gespräche mit den Betroffenen ein klareres Bild zu gewinnen und Betroffene zu unterstützen, was die Bedeutung entsprechender Gesprächskompetenzen für die Qualifikation von Fachkräften mit Schutzauftrag belegt.

Im Umgang mit Verdachtsfällen spielen gute Kooperationsbeziehungen mit spezialisierten fachkundigen externen Stellen eine wichtige Rolle.

Die Ergebnisse aus den Fokusgruppen und Interviews stützen in vielen Punkten die Erkenntnisse, die sich auch aus der Institutionenbefragung und anderen Elementen der Aufarbeitung ergeben.

III. Kernaussagen aus der Aufarbeitung

Die Themen, die Betroffene, Expertinnen und Experten sowie Fachleute aus dem Bereich der Therapie und Beratungsstellen benannt haben, stimmen in vielen Punkten überein:

- ◆ Versorgung mit Therapieplätzen; Zugang zu und Dauer von Therapien, Stundenkontingente und Wartezeiten
- ◆ Traumatherapieverfahren und Traumazentren
- ◆ Bundesweit vernetztes kooperierendes Helfersystem
- ◆ Ausbau, Finanzierung und Vernetzung von Beratungsstellen
- ◆ Spezialisierte Beratungsangebote und Schließen von Versorgungslücken
- ◆ Rechtsanspruch auf Beratung
- ◆ Verlängerung bzw. Aufhebung von Verjährungsfristen im Zivil- und im Strafrecht
- ◆ Anerkennung des erlittenen Unrechts; Rehabilitation, Genugtuung und Wiedergutmachung u.a. durch Entschädigungen
- ◆ Verbesserung der Stellung Betroffener im Zivil- und im Strafverfahren
- ◆ Unabhängige Anlaufstellen auf Bundes- oder Landesebene
- ◆ Kontrollinstrumente und externe unabhängige Vertrauenspersonen in Institutionen
- ◆ Aufarbeitung des sexuellen Missbrauchs in Institutionen
- ◆ Aus- und Weiterbildungen für alle mit Kindern und Jugendlichen sowie mit der Missbrauchsthematik befassten Berufsgruppen
- ◆ Kontinuierliche Präventionsmaßnahmen in Schulen
- ◆ Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit zum Thema durch bundesweite Kampagnen und Öffentlichkeitsarbeit

IV. Empfehlungen für Hilfen und Prävention

Aus den Ergebnissen der Aufarbeitung leitet die Unabhängige Beauftragte folgende Empfehlungen ab:

1. Therapie

Die Möglichkeiten, von sexuellem Missbrauch Betroffene effizient zu behandeln und ihnen bei Bedarf kurzfristig Hilfen zur Verfügung zu stellen, müssen erweitert und flexibler gehandhabt werden. Hier spielen Niedrigschwelligkeit, Transparenz und Vernetzung eine herausragende Rolle für die erfolgreiche Behandlung.

Es wird empfohlen, in Therapien wegen sexuellen Kindesmissbrauchs verschiedene Verfahren zu integrieren. Eine Übernahme der Kosten für Kreativtherapien und körperorientierte Therapien bei entsprechender Indikation sollte ebenso erreicht werden wie die Öffnung für ausgewählte traumatherapeutische Verfahren.

Versorgungslücken in ländlichen Regionen, für betroffene Jungen und Männer, ältere Erwachsene und Betroffene mit Migrationshintergrund müssen geschlossen werden. Entsprechende therapeutische Angebote sollten ausgebaut werden.

Erforderlich ist eine Erweiterung der Stundenkontingente in der Regelversorgung insbesondere für komplex traumatisierte Betroffene.

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowohl für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als auch für die Ärzteschaft zum Thema sexueller Missbrauch sollte ausgebaut werden.

Zur Verbesserung der Diagnostik und der Versorgung von sexuellem Missbrauch betroffener Kinder, Jugendlicher und Erwachsener wird ein psychotherapeutisches Gesamtversorgungskonzept (therapeutisches Ambulanzmodell) empfohlen. Das Ambulanzmodell würde eine zeitnahe, auf den individuellen Bedarf zugeschnittene Versorgung ohne lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz und eine passgenaue Vermittlung an eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten oder an eine Ärztin bzw. einen Arzt ermöglichen. Sie wäre auch Anlaufstelle für behandelnde Psychologinnen bzw. Psychologen und Ärztinnen bzw. Ärzte und andere Fachkräfte, die bei der Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten Unterstützung zum Beispiel in Form von kollegialem Erfahrungsaustausch, Weiterbildung oder einer spezifischen Supervision benötigen. Vorgesehen werden sollten verpflichtende einheitliche Qualitätsstandards und eine wissenschaftliche Begleitung.

2. Beratung

Die bestehenden Strukturen des bisherigen Hilfesystems sollten genutzt und für eine Verbesserung der Versorgung ausgebaut werden. Es ist wichtig, daneben auch fachliche Beratungskompetenzen zum Thema sexueller Missbrauch in den Beratungsstellen aufzubauen.

Das Fachwissen vorhandener spezialisierter Beratungsstellen sollte genutzt werden, um in einem gemeinsamen Prozess mit allen Beratungsstellen bedarfsgerechte, an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte Hilfsangebote weiterzuentwickeln und entsprechende Informationen zu bündeln und zu verbreiten. Zu diesem Zweck sollte ein Teil der Beratungsstellen die Funktion spezialisierter themenbezogener Informationszentren übernehmen.

Diese werden zu folgenden Ausrichtungen empfohlen: Mädchen und Frauen, Jungen und Männer, Institutionen, Menschen mit Behinderung, Menschen mit Migrationshintergrund, Neue Medien, Erwachsene mit Missbrauchserfahrung in der Kindheit, ritueller Missbrauch, sexuell übergriffige Kinder und Jugendliche, Prävention, Kooperation mit Behörden (wie Jugendamt, Strafverfolgung, Gericht).

Beratungsangebote für von sexuellem Missbrauch Betroffene sollten keiner engen zeitlichen Beschränkung unterliegen. Über vorhandene Telefon- und Online-Beratungen sollte durch eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit informiert werden.

Es wird empfohlen, die bereits bestehenden Hilfsangebote durch die Implementierung eines bundesweiten Hilfeportals sowie durch spezialisierte themenbezogene Informationszentren mit integrierter Fachberatungsstelle zu ergänzen. Über Letztere sollten eine Bündelung von Fachwissen und eine Verbreitung von Informationen erfolgen.

Zur Entwicklung verschiedener passgenauer Maßnahmen bedarf es einer Übersicht über den Bestand an Beratungsangeboten und die Ausrichtung des jeweiligen Angebots. Langfristig müssen vorhandene Beratungsstrukturen vernetzt und ausgebaut werden.

Zwischen folgenden Beratungsstellen und Einrichtungen sollten Kooperationen etabliert bzw. ausgebaut werden: spezialisierte Beratungsstellen zum Thema Missbrauch, allgemeine Beratungsstellen, Jugendämter, Familiengerichte, Strafverfolgungsbehörden bzw. Polizei, geschlechtsspezifisch betreute Wohngruppen und spezialisierte Kriseneinrichtungen.

Empfohlen wird die verbindliche Verankerung einer öffentlichen Finanzierung spezieller Beratungsangebote für Kinder und Erwachsene, die an die Einhaltung festgelegter Angebotsprofile sowie regelmäßig überprüfter Qualitätsstandards geknüpft sein sollte

Außerdem wird die Einführung eines eigenen Rechtsanspruchs von Kindern auf Beratung befürwortet.

Noch während der Laufzeit des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ sollte ein Fachkongress für Fachberatungsstellen angeboten werden. Zu empfehlen ist außerdem die Bildung eines Institutionen-Netzwerks zum Thema sexueller Kindesmissbrauch.

3. Verjährungsfristen

Eine Verlängerung der zivilrechtlichen Verjährungsfrist für Ansprüche aus der Verletzung der sexuellen Selbstbestimmung auf 30 Jahre ist zu begrüßen. Die Hemmungsregel des § 208 Gesetzes zur Stärkung der Rechte von Opfern sexuellen Missbrauchs (StORMG), deren Streichung im Entwurf vorgesehen ist, sollte jedoch beibehalten werden. Anderenfalls käme es nicht zu einer tatsächlichen Verlängerung der Verjährungsfrist um 30 Jahre. Da Betroffene häufig viele Jahre benötigen, um über ihre Missbrauchserfahrung zu sprechen, würde die Verlängerung der zivilrechtlichen Verjährungsfrist weiterhin zu kurz greifen.

Im Bereich des Strafrechts sollte Betroffenen mehr Zeit für eine Anzeigeerstattung gegeben werden. Dies muss jedoch nicht über die Einführung einer Sonderverjährung geschehen, sondern kann auch durch eine Erweiterung des Ruhenszeitraums erreicht werden. Eine Divergenz der Ruhens- bzw. Hemmungsregeln im Straf- und Zivilrecht sollte vermieden werden.

Die Forderungen nach einer rückwirkenden Aufhebung strafrechtlicher Verjährungsfristen für sexuellen Kindesmissbrauch sowie nach einer Unverjährbarkeit von Delikten des sexuellen Kindesmissbrauchs können nicht unterstützt werden.

Zu empfehlen ist zudem ein bundeseinheitlicher Umgang mit der Aufbewahrung von Akten der Jugendämter und Vormundschaftsgerichte, die Hinweise auf sexuellen Missbrauch an Minderjährigen enthalten.

4. Immaterielle und materielle Hilfen

Bei der Frage von Hilfen wegen sexuellen Missbrauchs ist zwischen nicht mehr justiziablen und noch justiziablen Fällen zu unterscheiden. Hilfemodelle müssen auch von sexuellem Missbrauch Betroffene aus dem familiären Bereich berücksichtigen.

Den Betroffenen geht es bei immateriellen und materiellen Hilfen im Wesentlichen um drei Anliegen: Rehabilitation im Sinne einer umfassenden medizinischen und therapeutischen Betreuung und rechtlicher sowie sozialer Hilfestellung für Betroffene, Genugtuung als

(öffentliche) Anerkennung des Unrechts, Übernahme der Verantwortung und die Zusicherung einer Nichtwiederholung solcher Übergriffe durch geeignete Maßnahmen, Wiedergutmachung als Ausgleich der durch den sexuellen Missbrauch erlittenen wirtschaftlichen Nachteile.

Für die Rehabilitation der Betroffenen aus dem institutionellen und familiären Bereich sollte ein gemeinsames Hilfesystem eingerichtet werden, das von den Verantwortungsträgern gemeinsam getragen wird. Genugtuung (Anerkennung) und Wiedergutmachung sollten in der Zuständigkeit der betroffenen Institutionen liegen.

Nicht mehr justiziable Ansprüche:

Für ein gemeinsames Hilfemodell bei nicht mehr justiziablen Fällen kommen drei Modelle in Betracht: ein institutionelles Hilfemodell, bei dem jede Institution Hilfen für die in ihren Einrichtungen Betroffenen zur Verfügung stellt, ein institutionenübergreifendes Modell, bei dem Staat und Institutionen sich an einer gemeinsamen Fondslösung beteiligen und ein Mischmodell aus den beiden genannten Modellen.

Die Unabhängige Beauftragte empfiehlt ein Mischmodell in Form eines „Gemeinsamen Hilfesystems Rehabilitation“. Dieses sollte alle Betroffenen mit Bedarf an Therapie, rechtlicher und sozialer Beratung unterstützen und Leistungen anbieten, die von den bestehenden Sozialsystemen gar nicht oder nicht mehr übernommen werden. Die Leistungsgewährung soll an die Folgen des Missbrauchs anknüpfen.

Die Finanzierung des „Gemeinsamen Hilfesystems Rehabilitation“ sollte auf Verpflichtungserklärungen der beteiligten Institutionen und einem jedenfalls vom Bund bereitgestellten Fonds aufbauen. Institutionen sollten vorab verbindlich und unwiderruflich die Bereitschaft erklären, die Kosten der von dem Entscheidungsgremium des gemeinsamen Hilfesystems positiv beschiedenen und sie betreffenden Hilfefälle zu übernehmen. Die Kosten von Rehabilitationsleistungen an Betroffene aus dem familiären Bereich, deren Ansprüche heute nicht mehr justizierbar sind, sollte der Bund tragen.

Es wird die Einrichtung einer unabhängigen Stelle („Clearingstelle“) zur Entgegennahme und Prüfung der Anträge empfohlen, der ständige Mitglieder bestimmter Berufsgruppen (z.B. Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten, Ärztinnen bzw. Ärzte) und eine Vertretung der Betroffenen angehören sollten.

Von Glaubhaftigkeitsbegutachtungen sollte wegen der damit verbundenen Belastung der Betroffenen, des Aufwands und der Kosten abgesehen werden. Leistungen sollten zuerkannt werden, wenn der sexuelle Missbrauch und die sich daraus ergebenden Folgen „zur freien Überzeugung“ des Entscheidungsgremiums feststeht. Die Leistungsgewährung könnte durch Ausstellung von Gut-

scheinen für Therapie und Beratung erfolgen. Die Übertragung der Aufgaben von Genugtuung und Wiedergutmachung auf die Institutionen verschafft dem Anliegen der Betroffenen Geltung, wonach sich die Institutionen zu ihrer Verantwortung bekennen sollen. Der Selbstregulierung durch die Institutionen sind durch verbindliche Standards Vorgaben zu machen.

Folgende Aspekte sollten bezüglich Genugtuung und Wiedergutmachung Berücksichtigung finden:

- ◆ Zahlung einer Anerkennungssumme, für die als Richtschnur grundsätzlich der Schmerzensgeldbetrag, der bei fristgerechter Geltendmachung des Anspruches gerichtlich erzielbar gewesen wäre, dienen soll unter Berücksichtigung von Folgen, Art und Ausmaß der Übergriffe bei der Bemessung der konkreten Summe
- ◆ Prüfung der Anträge Betroffener durch ein Gremium, dessen Vorsitz eine von der Institution unabhängige und externe Person innehat
- ◆ Anlehnung der Verfahrensanforderungen an das „Gemeinsame Hilfesystem Rehabilitation“ sowie Verpflichtung zur Leistung einer einmaligen angemessenen Anerkennungssumme, wenn dies dem Wunsch der Betroffenen entspricht
- ◆ Erarbeitung einer „Wiedergutmachungskomponente“ für wirtschaftliche Nachteile (z. B. aufgewandte Therapiekosten)
- ◆ Einrichtung einer internen Beschwerdemöglichkeit bei gleichzeitigem Ausschluss des Rechtsweges
- ◆ Geltung der Entscheidungen des Rehabilitationsfonds auch für die Anerkennung durch die konkret in Rede stehenden Institutionen
- ◆ Verpflichtung der Einrichtungen zur (wissenschaftlichen) Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs in ihrem Bereich
- ◆ Sicherstellung, dass die beteiligten Institutionen auf Wunsch einzelner oder mehrerer Betroffenen diese „in ihrer Sprache“ in angemessener und geeigneter Form um Verzeihung bitten

Es wäre sehr zu begrüßen, wenn die von den Institutionen zu entwickelnden Modelle für Genugtuung und Wiedergutmachung auch auf Betroffene übertragen werden könnten, die nicht im Kontext von Institutionen missbraucht worden sind.

Vor dem Hintergrund, dass das Opferentschädigungsgesetz (OEG) Hilfen für alle Opfergruppen vorsieht, ist deshalb die empfohlene Reform des OEG (s. unten) von besonderer Bedeutung.

Noch justiziable Ansprüche:

Betroffene mit noch justiziablen Ansprüchen sollen diese in den vorgesehenen Verfahren geltend machen und nicht am „Gemeinsamen Hilfesystem Rehabilitation“ beteiligt werden. Die Anliegen der Betroffenen nach Genugtuung und Wiedergutmachung können durch die Geltendmachung von Ansprüchen im Zivilverfahren verwirklicht werden. Eine Kollision des ordentlichen Rechtswegs mit neuen Hilfesystemen sollte vermieden werden.

Die geplante Verlängerung der zivilrechtlichen Verjährungsfristen bei Ansprüchen aus Verletzung der sexuellen Selbstbestimmung und die vorgesehenen Verbesserungen im Opferschutz, die einen schonenden und respektvollen Umgang der Justiz mit den Betroffenen sicherstellen sollen, werden auch vor diesem Hintergrund begrüßt.

Auch die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und der Justiz zum Thema sexueller Kindesmissbrauch durch Maßnahmen der Prävention und einen durch Leitlinien standardisierten Umgang mit Verdachtsfällen in Institutionen werden sich positiv auswirken.

Den Betroffenen bleibt unabhängig vom Zivilrechtsweg der gesetzliche Anspruch nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) unter den derzeit geltenden räumlichen und zeitlichen Beschränkungen erhalten. Hier sieht die Unabhängige Beauftragte jedoch Reformbedarf.

Empfehlungen zur Reform des OEG:

- ◆ Opfern tätlicher Angriffe sollte im OEG ein Anspruch auf „verfahrensvorgelagerte“ Rechtsberatung eingeräumt werden
- ◆ Es wird empfohlen, Antragstellerinnen bzw. Antragstellern bei Heil- und Krankenbehandlung einen Anspruch auf vorläufige Leistungen einzuräumen
- ◆ Von sexuellem Missbrauch Betroffenen sollte die Anerkennung für erlittenes Unrecht im Wege einer „unrechtsanerkennenden Versagung“ gewährt werden
- ◆ Es sollte geprüft werden, ob neben der im OEG vorgesehenen Rentenzahlung die Möglichkeit der Gewährung einer Einmalzahlung als Anerkennungssumme unabhängig von der Erreichung eines Mindestgrades der Schädigung vorgesehen werden kann
- ◆ Die Verantwortung für die Leistungsgewährung der Versorgungsverwaltung unabhängig vom Ausgang anderer rechtlicher Verfahren sollte durch den Gesetzgeber herausgestellt werden; von der Glaubhaftigkeitsbegutachtung der Antragstellerin bzw. des Antragstellers sollte so wenig wie nötig Gebrauch gemacht werden
- ◆ Der Wegfall der Härteklausele des OEG sollte dringend geprüft werden

5. Weitere rechtliche Themen

Es wird empfohlen, den Grundtatbestand des sexuellen Missbrauchs von Kindern nur für Rückfalltäter bzw. Rückfalltäterinnen und bei Tatbegehung durch bestimmte Personen (Personen über 18 Jahren, denen das Kind zur Erziehung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut ist) als Verbrechenstatbestand auszugestalten und für die übrigen Fälle die geltende Strafdrohung beizubehalten.

Die konsequente Anwendung vorhandener und der maßvolle Ausbau flankierender Maßnahmen des Strafrechts können einen Beitrag zur Bekämpfung des sexuellen Kindesmissbrauchs leisten. Hierzu gehören Bewährungsmaßnahmen, Weisungen im Rahmen der Führungsaufsicht und Sicherungsverwahrung.

Außerdem sollte geprüft werden, ob Personen, die wegen Sexualdelikten an Kindern verurteilt wurden, Tätigkeiten, die die Erziehung, Ausbildung oder Beaufsichtigung von Minderjährigen außerhalb eines Beschäftigungsverhältnisses – gerade im Bereich ehrenamtlicher Vereinstätigkeit – untersagt und Zuwiderhandlungen als Straftat geahndet werden können (Modell des § 220b österreichisches Strafgesetzbuch – öStGB).

Eine Anzeigepflicht bei sexuellem Kindesmissbrauch wird nicht empfohlen. Stattdessen sollte nach Maßgabe von Verbesserungen für Betroffene im Strafverfahren eine Selbstverpflichtung der Institutionen zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden vorgesehen werden.

Bei der Anwendung des Umgangsrechts ist bei Verdachtsfällen auf sexuellen Kindesmissbrauch das Kindeswohl konsequent zu beachten.

Über die im Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Rechte von Opfern sexuellen Missbrauchs (StORMG) vorgesehenen Änderungen hinaus gibt es weitere Ansatzpunkte für mögliche Verbesserungen der Stellung von Betroffenen in Straf- und Zivilverfahren.

Es wird eine Prüfung dieser Fragen durch den Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“ angeregt.

6. Prävention

Eine wirksame Prävention bildet die Grundlage für den künftigen Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexuellem Missbrauch.

Als Maßnahmen der Prävention werden empfohlen die Selbstverpflichtung von Institutionen (wie in der Arbeitsgruppe II des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ vorgesehen) mit dem Ziel einer wirksamen Strafverfolgung im Einklang mit Anliegen des Kinderschutzes, die Schaffung von Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche, die grundsätzliche Pflicht zur Vorlage eines

erweiterten Führungszeugnisses für Ehrenamtliche sowie öffentlich zugängliche Informationen zum Thema sexueller Kindesmissbrauch.

Regelungen über Standards bzw. Selbstverpflichtungen sollten zum Ziel haben, die strafrechtliche Verfolgung von Tätern und Täterinnen zu ermöglichen und dazu beizutragen, dass diese zur Verantwortung gezogen werden. Zu bedenken ist, dass eine wirksame Strafverfolgung zugleich eine Maßnahme der Prävention ist. Die Unabhängige Beauftragte spricht sich ausdrücklich für eine grundsätzliche Pflicht zur Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses auch für ehrenamtlich Beschäftigte aus. Für bestimmte Bereiche, in denen dies nicht handhabbar erscheint, wie kurzfristige stundenweise Einsätze, können Ausnahmeregelungen definiert werden.

Neben zielgruppenspezifischen Informationen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sollten über eine Online-Plattform Beratungsstellen und Präventionsangebote (zum Beispiel für Schulen) bundesweit abrufbar sein. Auch eine Online-Beratung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sollte angeboten werden, in der individuell auf die spezifischen Anliegen eingegangen werden kann.

7. Kampagnen

Erforderlich ist eine weitere Sensibilisierung der Gesellschaft für die Thematik über Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Es wird zeitnah die Umsetzung weiterer Aufklärungs- und Informationskampagnen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene empfohlen.

Ein Schwerpunkt der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit als Maßnahmen der Prävention sollte neben einer kontinuierlichen Medienarbeit und der (Weiter-)Entwicklung von Präventionsmaßnahmen wie z. B. Informations- und Unterrichtsmaterialien für Schulen auf der Entwicklung weiterer Kampagnen liegen. Die jetzige Aufmerksamkeit für die Thematik sollte genutzt werden, um die Öffentlichkeit weiter zu sensibilisieren.

Weitere Aufklärungs- und Informationskampagnen sollten zeitnah in 2011/2012 umgesetzt werden, um die beginnende Sensibilität für das Thema in der Öffentlichkeit zu halten und Kinder besser vor sexuellem Missbrauch zu schützen. Zielgruppen sollten hierbei einerseits Kinder und Jugendliche sein, aber auch Erwachsene, die in ihrem beruflichen Umfeld mit Kindern und Jugendlichen tätig sind.

8. Forschung

Es wird empfohlen, den Forschungsbedarf, der aus den Ergebnissen der Literaturexpertisen des Deutschen Ju-

gendinstituts e. V. (DJI) deutlich geworden ist und zu dem bisher noch keine Forschungsprojekte initiiert wurden, aufzugreifen.

Empfohlen wird darüber hinaus eine Befragung von Kindern und Jugendlichen in Institutionen analog zum Projekt des DJI sowie die weitere wissenschaftliche Nutzung der Auswertungen aus der telefonischen Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung, das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. und die Unabhängige Beauftragte sehen Forschungsbedarf zu folgenden Bereichen:

- ◆ Untersuchung der Risiko- oder Schutzfaktoren bei sexuellem Missbrauch
- ◆ Dunkelfeldforschung zur Prävalenz von sexuellem Kindesmissbrauch
- ◆ Untersuchung der Tatverläufe, der Täter- bzw. Täterinnengruppen und Strategien von Tätern bzw. Täterinnen sowie der Risikofaktoren bei Täterinnen
- ◆ Untersuchung der Annäherungs- und Geheimhaltungsprozesse zwischen Täter bzw. Täterin und Opferschutzfaktoren zur Verhinderung eines Rückfalls früherer Täter bzw. Täterinnen
- ◆ Wirksamkeit von Therapieverfahren zur Reduzierung der Reviktimisierungsrate

Forschungsbedarf besteht darüber hinaus im Bereich der DDR-Heimerziehung. Empfohlen wird außerdem die Nutzung der umfangreichen Erkenntnisse aus der Dokumentation und Auswertung der Anrufe in der telefonischen Anlaufstelle für weitere wissenschaftliche Zwecke.

9. Unabhängige Stelle und Hilfeportal

Empfohlen wird die Einrichtung einer unabhängigen Stelle sowie eines Hilfeportals zum Thema sexueller Kindesmissbrauch. Wenn den Betroffenen ohne zeitliche Unterbrechung ein Angebot zur Verfügung gestellt werden soll, muss der Runde Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“ hierüber noch im laufenden Arbeitsprozess entscheiden.

Die Unabhängige Beauftragte schließt die zentralen Aufgaben ihres Auftrags mit der Vorlage dieses Abschlussberichts im Mai 2011 ab. Sie wird ihr Amt noch bis zum 31. Oktober 2011 fortführen und in dieser Zeit auch das Angebot der telefonischen Anlaufstelle aufrechterhalten. Anschließend wird die Geschäftsstelle der Unabhängigen Beauftragten aufgelöst.

Es sollte eine unabhängige Stelle eingerichtet werden, die folgende übergreifende Aufgaben wahrnimmt:

- ◆ Beobachtung und Umsetzung der vom Runden Tisch

„Sexueller Kindesmissbrauch“ bzw. von der Bundesregierung beschlossenen Maßnahmen

- ◆ Turnusmäßige Berichterstattung über die weitere Entwicklung der Thematik und die Aktivitäten in diesem Bereich gegenüber der Bundesregierung oder dem Bundestag einschließlich entsprechender Handlungsempfehlungen
- ◆ Information von Einrichtungen über die der unabhängigen Stelle mitgeteilten Fälle sexuellen Missbrauchs mit dem Ziel der Einleitung einer Aufarbeitung
- ◆ Maßnahmen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit und zur Stärkung des gesellschaftlichen Bewusstseins für die Problematik und den richtigen Umgang damit
- ◆ Vergabe wissenschaftlicher Untersuchungen zum Thema sexueller Kindesmissbrauch
- ◆ Vernetzung der auf dem Gebiet des sexuellen Kindesmissbrauchs tätigen Dachstellen bzw. der verschiedenen Missbrauchsbeauftragten und Initiierung eines kontinuierlichen Austauschs zwischen diesen

Eine unabhängige Stelle könnte in Form einer temporären Dachstelle, beispielsweise einer Sachverständigenkommission, eingerichtet werden, in der Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis vertreten sind und deren Arbeit von einer Geschäftsstelle unterstützt wird. Diese Kommission würde den Prozess der Umsetzung der beschlossenen Maßnahmen für einen bestimmten Zeitraum begleiten und unterstützen.

In Betracht kommt auch die Schaffung eines neuen Amtes auf Bundesebene wie das einer bzw. eines Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs oder – mit einer weiteren Zuständigkeit – einer bzw. eines Kinderschutz- und Kinderrechtebeauftragten. Ein solches Amt könnte im Bundeskinderschutzgesetz verankert und ausgestaltet werden.

Wichtig sind die Einbeziehung Betroffener und die Befassung mit dem Vorkommen sexuellen Kindesmissbrauchs in der Vergangenheit und Hilfemaßnahmen für diesen Betroffenenkreis.

Vorgeschlagen wird außerdem ein zentrales Online-Hilfeportal zum Thema sexueller Kindesmissbrauch in Trägerschaft der empfohlenen unabhängigen Stelle. Das Hilfeportal soll Fach- und Hilfeinformationen online zur Verfügung stellen. Betroffene und allgemein Interessierte sollen sich schriftlich oder telefonisch an das Hilfeportal wenden können und dort individuelle Informationen und Hilfe erhalten. Das Hilfeportal soll mit vorhandenen und entstehenden Beratungs-, Hilfe- und Informationsstellen kooperieren. Diese Stellen sollen zur Qualitätssicherung Teil eines „Netzwerks gegen sexuellen Missbrauch“ werden und den Inhalt des Portals generieren und pflegen. Koordinierung und fachliche Kontrolle des Portals könnten der unabhängigen Stelle obliegen.

Die Tätigkeit der für das Portal arbeitenden Fachkräfte sowie Onlinezugriffe werden dokumentiert und zur Qualitätssicherung sowie zum Wissenstransfer an die Stelle genutzt.

10. Unterstützung von Betroffeneninitiativen

Eine Unterstützung der Bundesinitiative sollte durch die Bundesministerinnen für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, der Justiz und für Bildung und Forschung mindestens für die Dauer des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ gewährleistet bleiben.

Auch über die Zeit des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ hinaus wäre eine temporäre finanzielle Unterstützung der Bundesinitiative der Betroffenen hilfreich. Mit dem Ende der Beratungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ sollte auch der Arbeitskreis der Betroffenen eine Organisationsstruktur aufgebaut haben, die es ihnen als Expertinnen und Experten ermöglicht, sich anschließend in Eigenorganisation selbstständig weiter zu organisieren und in den politischen und gesellschaftlichen Diskurs einzubringen.

Eine aktive Einbeziehung Betroffener in künftige Strukturen und Systeme sowie bei der Entwicklung von Hilfesystemen und Anlaufstellen für Betroffene sollte ebenfalls geprüft werden.

11. DDR-Heime

In Gesprächen der Unabhängigen Beauftragten mit von sexuellem Kindesmissbrauch Betroffenen aus DDR-Heimen wurde deutlich, dass die spezielle Thematik der DDR-Heimerziehung einer eigenen Aufarbeitung bedarf. DDR-Heimkinder sind zudem bei Hilfemodellen auch des Runden Tisches „Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“ im Sinne einer Gleichbehandlung zu berücksichtigen.

Im Rahmen der Aufarbeitung sollten möglichst viele Aspekte der DDR-Heimerziehung näher beleuchtet werden. Künftige Untersuchungen sollten folgende Thematiken berücksichtigen: Ausbildung und Laufbahnen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der DDR-Jugendhilfe, Kinderarbeit, Rekrutierung militärischer Eliten, Probanden für Medikamente und Umgang mit sexuellem Missbrauch in der Familie.

Wichtig ist, Betroffenen von DDR-Heimen den Zugang zu spezifischen Beratungsangeboten für ihre Thematik zu ermöglichen und sie bei der Verarbeitung des Erlebten durch Gespräche mit anderen Betroffenen, die Vernetzung mit bundesweiten Beratungsstellen, Vermittlung und Begleitung zu Therapeutinnen und Therapie-

ten und Unterstützung in Rehabilitierungsfragen zu begleiten und zu unterstützen.

12. Weiterer Handlungsbedarf

Im Rahmen der Aufarbeitung der Thematik des sexuellen Kindesmissbrauchs wurde deutlich, dass einige Bereiche künftig einer vertieften Forschung und Aufarbeitung bedürfen. Die Unabhängige Beauftragte sieht entsprechenden Handlungsbedarf insbesondere bei den Themen sexuelle Übergriffe unter Kindern und Jugendlichen, sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen sowie mit Migrationshintergrund, rituelle Gewalt und Kinderpornographie:

a) Sexuelle Übergriffe unter Kindern und Jugendlichen

Dass sexuelle Übergriffe unter Kindern und Jugendlichen in erheblichem Maße vorkommen, belegen nicht nur die Ergebnisse des Forschungsprojekts des Deutschen Jugendinstituts e. V. (DJI), sondern auch die Aussagen aus der telefonischen Anlaufstelle sowie von Beratungsstellen. Vertiefende Forschung zu dieser Form von Übergriffen würde bessere Ausgangsdaten für Prävention und Therapie der betroffenen Kinder sowie der sexuell übergrifflichen Kinder und Jugendlichen ermöglichen.

b) Kinder und Jugendliche mit Behinderungen

Kinder bzw. Jugendliche mit Behinderungen unterliegen einem erhöhten Gefährdungsrisiko, da sie je nach Schwere der Behinderung von der Versorgung und Pflege anderer abhängen und die Grenzen zwischen Pflege, Misshandlung und sexuellem Übergriff sehr fließend und schmal sein können. Es ist deshalb wichtig, ihre Bedarfslage zu kennen und geeignete Maßnahmen zur Prävention des sexuellen Missbrauchs von Kindern bzw. Jugendlichen mit Behinderungen zu entwickeln.

c) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund

Für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund bestehen besondere Probleme im Umgang mit sexuellem Missbrauch. Sie sind häufig sozial isoliert und scheuen den Kontakt zu deutschen Hilfspersonen und -organisationen, um dem Ruf der Familie nicht zu schaden. Die Auseinandersetzung mit sexuellem Kindesmissbrauch wird in Familien aus anderen Kulturkreisen oft dadurch erschwert, dass in den Religionsgemeinschaften, denen sie angehören, das Thema „Sexualität“ allgemein tabuisiert wird. Emotionen in einer Sprache zu artikulieren, die nicht Muttersprache ist, oder nur wenig bis kaum beherrscht wird, erschwert das Anvertrauen zusätzlich. Präventionsmaßnahmen müssten hier insbesondere über Aufklärung in Kindertagesstätten und Schulen greifen.

d) Rituelle Gewalt

Rituelle Gewalt ist durch den Druck und die Gefahr, denen Betroffene ritueller Gewalt seit frühester Kindheit ausgesetzt sind, statistisch kaum erfasst. Oft leiden Betroffene ritueller Gewalt unter multiplen Persönlichkeitsstörungen und sind bereits im Kindesalter so massiv unter Druck gesetzt worden, dass es ihnen sehr häufig nicht möglich ist, das Geschehene zu benennen und sich Hilfe zu suchen. Die Begleitung, Beratung und Therapie von Menschen, die rituelle Gewalt erfahren haben, stellen für die psychosoziale und medizinische Praxis entsprechend erhebliche Herausforderungen dar. Auch hier besteht dringender Forschungs- und Aufarbeitungsbedarf.

e) Kinderpornografie

Für Kinder und Jugendliche sind virtuelle Räume des Internets und anderer neuer Kommunikationstechnologien integraler Bestandteil ihres Lebensalltags und damit eine erweiterte Lebenswelt, in der sie sich informieren, kommunizieren, selbst darstellen und erproben. Wie in der „realen“ Welt sind sie auch in der virtuellen Welt gefährdet, Opfer von Gewalt und sexuellem Missbrauch zu

werden und sexuelle Traumatisierungen zu erleiden. Im Bereich der Kinderpornografie sind deshalb Maßnahmen zur Aufklärung über die besonderen Risiken und Gefahren erforderlich.

V. Umsetzung

Die Empfehlungen der Unabhängigen Beauftragten zeigen Wege auf, wie von sexuellem Kindesmissbrauch Betroffenen bedarfsgerecht Hilfe, Anerkennung und Unterstützung geleistet werden kann.

Entscheidend ist – nicht nur aus der Perspektive der Betroffenen –, dass der Runde Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“ und die Bundesregierung den Handlungsbedarf zeitnah aufgreifen und konkrete Maßnahmen vorsehen und umsetzen.

Mit der Aufarbeitung der Thematik des sexuellen Kindesmissbrauchs durch die Unabhängige Beauftragte ist der Prozess nicht abgeschlossen. Die Aufarbeitung muss im Gegenteil systematisch und konsequent fortgeführt werden. Hier sind alle Akteure in der Pflicht.

Herausgeber

Geschäftsstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Glinkastraße 24, 10117 Berlin, Stand: April 2011, Redaktion: Friederike Beck, Hildegund Ernst, weitere Informationen unter: Tel. 030 18 555 1555, Fax 030 18 555 4 1555, e-mail: kontakt@ubskm.bund.de, www.beauftragte-missbrauch.de, www.sprechen-hilft.de, Telefonische Anlaufstelle für Betroffene: 0800-22 55 530 (kostenfrei)



Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland, hggl. v. Jörg M. Fegert, Trauma & Gewalt, Heft 02, Klett-Cotta 2011 (104 S., br., ISSN: 1863-7167, Preis 24,00 €)

Er schäme sich abgrundtief, gab Pater Mertes, der ehemalige Leiter des Berliner Canisius-Kollegs, mit dem der Deichbruch bei der Katholischen Kirche begann, im Februar 2010 zu Protokoll und begründete dies folgendermaßen: „Weil seine Kirche die Sexualität so behandelte und verdrängte, dass sie Missbrauch erleichterte und die Bekämpfung des Missbrauchs erschwert hat.“¹ Der Ordensmann hatte sich als einer der ersten und einer der wenigen kompromisslos um die Aufklärung der Vorfälle an seiner Schule, die vor seiner Amtszeit lagen, bemüht. Inzwischen weiß man, dass sich der „Missbrauch“ nicht auf kirchliche Einrichtungen beschränkte, sondern auch in pädagogischen Vorzeigeanstalten stattgefunden hat.

Und langsam setzt sich auch die Erkenntnis durch, dass schon in der Begrifflichkeit – der sich Mertes, wohl aus Gründen der Kommunikation, ebenfalls bedient –, eine Verharmlosung liegt: Denn der Begriff „Missbrauch“ impliziert, dass sexueller Missbrauch erstens überhaupt etwas mit Sexualität zu tun habe und es zweitens einen statthaften sexuellen „Gebrauch“ von Menschen gäbe. Obwohl der Gesetzgeber bislang weiterhin von „sexuellem Missbrauch“ ausgeht, fordern insbesondere Opferverbände, diese bagatellisierende Terminologie abzuschaffen und den Begriff „sexualisierte Gewalt“ einzuführen. Wie zählbar allerdings eingeführte Benennungen sind, offenbart die wissenschaftliche Diskussion: So firmiert das vorliegende Themenheft, das der Ärztliche Direktor der Ulmer Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie als Gastherausgeber verantwortet,

ebenfalls noch unter dem Motto „Aufarbeitung des sexuellen Missbrauchs in Deutschland.“

Was sich darin allerdings ablesen lässt, ist eine „Umkehr der Scham“ im Sinne von Pater Mertes. Denn die Tatsache, dass über sexualisierte Gewalt – insbesondere in sakrosankten Institutionen wie der Kirche oder der Schule – bislang kaum gesprochen wurde, liegt darin begründet, dass die Opfer – oft über Jahrzehnte hinweg – von Scham- und Schuldgefühlen geplagt werden und, nicht zuletzt, weil sie keine Ansprechpartner hatten, über das, was ihnen widerfahren ist, nicht sprechen konnten. Die „belastende[n] und potentiell traumatische[n] Lebensereignisse“, schreibt Fegert im Editorial, werden von vielen Betroffenen als „Situationen der Hilflosigkeit erlebt, in denen über sie hinweggegangen wurde“. Die durch die Aufdeckung der zurückliegenden Taten aufgeflamnte mediale Debatte ist dabei Chance und Risiko zugleich: Zum einen macht sie „sexuellen Missbrauch“ überhaupt zum Thema und bricht ein jahrzehntelanges Tabu; zum anderen reißt sie möglicherweise auch alte Wunden derer auf, die die in der Vergangenheit liegenden Ereignisse einfach „weggesteckt“ haben.

Eine unmittelbare Folge der medialen Skandalisierung war der am 24. März 2010 eingerichtete Runde Tisch „Sexueller Missbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“. Im Gegensatz zum sperrigen Titel sollte sich das unter Vorsitz der ehemaligen Bundesministerin Christine Bergmann tagende Gremium konkret der Unterstützung der Betroffenen widmen, Entschädigungsfragen klären und Präventionsmaßnahmen bzw. rechtspolitische Revisionen vorschlagen. Die Runde stand von Anfang an allerdings unter „Expertenverdacht“, weil sie die Opfer ausschloss und erst nach massivem Protest – wenn zahlenmäßig auch marginal und ohne Stimmrecht – in die Diskussion einbezog.

Um den Betroffenen und ihren Kontaktpersonen überhaupt eine erste Anlaufstelle zu geben und das große Dunkelfeld institutioneller sexualisierter Gewalt etwas aufzuhellen, ließ die Unabhängige Beauftragte eine telefonische Hotline schalten. Dort stand ein größerer Pool von Fachleuten bereit, die in einem offenen Gespräch entweder Gewaltereignisse, aber auch Vorschläge und Beschwerden entgegennahmen. Auch Täter oder deren Umfeld konnten sich an die Experten wenden. Erklärtes Prinzip der Hotline ist es, dass die Anrufer anonym bleiben, nicht abgefragt und die Gespräche nur mit ihrer ausdrücklichen Einwilligung dokumentiert werden. Ein zum Einsatz kommendes spezielles Erhebungsraster soll Auskunft geben über die Perspektiven der Betroffenen und ihren Bezug zur Thematik, also nach Opfer, Täter, Kontaktperson, Geschlecht, Alter, Wohnort ect.

¹ Süddeutsche Zeitung vom 3. Februar 2010, Seite 3.

Bis November 2010 meldeten sich über 8.000 Anrufer, die ihre persönlichen Schicksale mitteilten, Kritik äußerten oder konkrete Vorschläge zum Umgang mit sexualisierter Gewalt machten. Der dokumentierte Teil der Erhebung wurde mittlerweile ausgewertet und wird vom wissenschaftlichen Begleitteam in zwei Beiträgen in „Trauma und Gewalt“ vorgestellt. Die Autoren verweisen vorab ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei den Daten um keine repräsentative Stichprobe handelt, sondern „um eine selektive Inanspruchnahmepopulation mit unterschiedlichen Grundgesamtheiten für die unterschiedlichen Aspekte“. Betont wird außerdem, dass die Betroffenen die Gesprächsführung und deren Inhalte selbst bestimmen konnten, sodass aus den Informationen zwar Hypothesen abgeleitet werden können, jedoch keine systematischen Erkenntnisse zu ziehen sind. Im Unterschied zu repräsentativen Befragungen sei die Gültigkeit der Angaben aufgrund der hohen Authentizität jedoch als hoch einzuschätzen.

„Sprechen hilft“, lautete das Motto der Kampagne, die das Angebot des Runden Tisches mit Hilfe einer Agentur bekannter machen sollte. Von der Vielzahl der Gespräche, die zwischen 28. Mai und 3. November 2010 bei der Hotline aufliefen, konnten 1940 Datensätze erhoben und ausgewertet werden, davon betreffen 1525 unmittelbar Missbrauchsgeschehen, 1217 wurden von den Betroffenen selbst berichtet, 308 von Kontaktpersonen. Die geschlechtsspezifische Verteilung (63 Prozent Frauen, 37 Prozent Männer) entspricht in etwa den bisherigen Erkenntnissen, wonach Mädchen ein deutlich höheres Risiko haben, sexuell missbraucht zu werden als Jungen und eher in familialen Zusammenhängen Opfer werden, während Jungen eher in Institutionen sexuelle Gewalt erfahren. Die Anrufer waren acht bis 81 Jahre (Durchschnitt 47,4 Jahre) alt, wobei sich beim Start der Kampagne mehr jüngere Betroffene meldeten. 92 Prozent der Missbrauchsfälle liegen in der Vergangenheit; viele Taten gehen – vor allem, soweit es sich um institutionelle Vorkommnisse handelt – vielfach in die fünfziger bis siebziger Jahren zurück. Dies deckt sich mit der Auswertung von 1325 Erhebungsbogen, die in der parallel laufenden Hotline der Deutschen Bischofskonferenz gesammelt wurden und über die Andreas Zimmer im gleichen Heft berichtet. Dort allerdings fanden nur Opfer und keine Täter Gehör.

Die meisten der Betroffenen (88,1 Prozent) leben in den alten Bundesländern, wobei mit Fortgang der Kampagne die Anzahl derer aus den neuen Bundesländern anstieg. Eine ähnliche Verschiebung lässt sich in Bezug auf den Ort des Geschehens beobachten: Berichteten die Anrufer anfangs vor allem – wahrscheinlich, weil das medial entsprechend gepolt war – über sexuelle Gewalt in öffentlichen Einrichtungen,

kamen im Laufe der Zeit immer mehr auch von Delikten im familialen Umfeld zur Sprache. Dabei bestätigte sich auch, was bereits in den achtziger Jahren aufschien, aber von der Öffentlichkeit immer noch gerne verdrängt wird: Die Täter – von insgesamt 811 waren 75 weiblich – stammen in der Regel aus dem Nahfeld der Opfer, entweder aus dem Familienumfeld oder es handelt sich um Vertrauenspersonen in Kirchen, Schulen, Heimen und medizinischen Einrichtungen, wobei die katholische Kirche deutlich dominiert. Interessant ist allerdings, dass dort, wo Priester als Täter genannt werden, die sexuellen Übergriffe erst im Laufe der Berufsbiographie aufscheinen. Ein Screening während der Priesterausbildung, folgert Zimmer in Übereinstimmung mit anderen Wissenschaftlern, wäre deshalb nur „wenig erfolgreich“ gewesen. Er plädiert vielmehr für eine „durchgehende Aufmerksamkeits- und Transparenzkultur, wie sie auch von anderen [...] Berufsgruppen im personennahen Bereich [...] gefordert wird.“

Der Großteil der Betroffenen meidet es, von Einzelheiten zum Tathergang zu berichten. Wo dies der Fall ist, scheint gelegentlich ein kompliziertes System von Vertrauensmissbrauch auf, das von der Familie in die Institution reicht: Dann wird ein in der Familie sexuell genötigtes Kind, das außerhalb Hilfe sucht, dort noch einmal Opfer sexueller Gewalt. Ob in der Kirche oder in der Schule, stets wird die „besondere Beziehung“ ausgenutzt, um sich das Kind oder den Jugendlichen gefügig zu machen. Das ist insofern besonders perfide, weil die Betroffenen übereinstimmend zu Protokoll geben, dass es für sie die größte Hilfe gewesen wäre, „sich mitteilen zu können und eine vertrauenswürdige Person zu haben, die emphatisch zuhört und emotionalen Halt bietet“. Es scheint also nicht die spezielle Institution das entscheidende Kriterium für den Übergriff zu sein, sondern die Möglichkeit, sich Vertrauen zu erschleichen, zu drohen oder die Gelegenheit, sich den Kindern ungehindert zu nähern.

Die posttraumatischen Belastungsstörungen, mit denen viele Opfer dann lebenslang zu kämpfen haben, sind auch darauf zurückzuführen, dass sie diesen Vertrauensbruch nicht einordnen können und das Geschehen als ihre Schuld internalisieren. Viele, so Zimmer, kultivierten ein Vermeidungsverhalten, sie „Triggern“: Sie vermeiden Situationen, die sie an den Missbrauch erinnern könnten – Musik-, Sprachunterricht, Sport – und begeben sich damit außerhalb ihrer Begabungen. Diese Spuren in Missbrauchsbiographien zu erkennen und zu bearbeiten, wäre ein viel versprechender Therapieansatz.

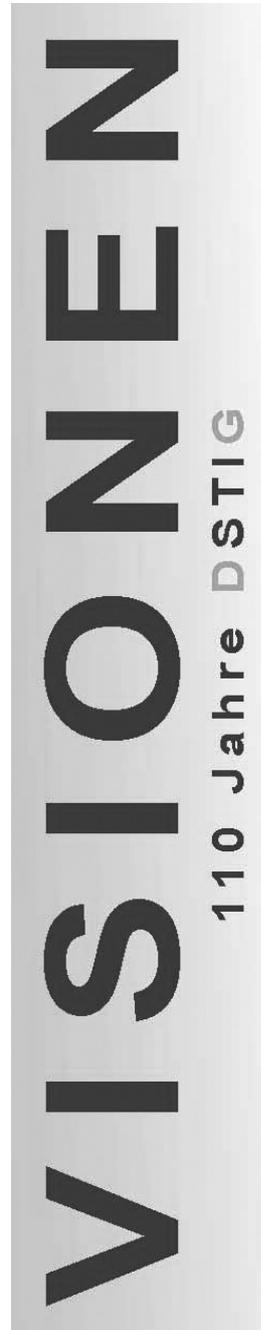
Aber professionelle Therapien werden erst in neuerer Zeit entwickelt. Insbesondere Ältere haben vielfach eine therapeutische Odyssee hinter sich und den Eindruck, so die Berichterstatter, „dass Professionelle

speziell mit Missbrauchserfahrungen nicht umgehen könnten, abwertend und zurückweisend seien oder die Betroffenen als nicht therapierbar erklärten.“ Für sie, die bislang keine Anlaufstelle fanden, waren die Hotlines des Runden Tisches und der Bischofskonferenz offenbar ein willkommenes Ventil; und möglicherweise auch ein Indiz dafür, „auch nach so vielen Jahren nicht aufzugeben und weiterhin nach Unterstützung zu suchen.“ Die Experten, die sie auf der anderen Seite fanden, das war von Anfang an klar, können aber auf keinen Fall als Beratungs- und Therapieersatz fungieren. Der niederschwellige Kommunikationskanal hat zwar viele Zungen gelöst und eine „manifeste Bedarfslage“ (Zimmer) deutlich gemacht. Die psychischen Folgen der Missbrauchserfahrung sind nicht bearbeitet.

Ob die von Opferverbänden eingeklagte finanzielle Entschädigung das Leid der Betroffenen lindert, steht dahin; richtig ist aber sicher, dass die geltenden Verjährungsfristen im Hinblick auf die Spätfolgen völlig unangemessen sind. Deren Enttäuschung mit dem Runden Tisch rührt aus der ministeriellen Unbeweglichkeit in dieser Frage: „Viele Opfer können nicht mehr klagen, nicht entschädigt werden – und das will auch der Runde Tisch so lassen“, beklagte der Vertreter vom „Netzwerk Betroffener“, Norbert Denef, kürzlich.² Und seine Geschichte beweist, was Experten mittlerweile verstanden haben sollten: Opfer sind für die Frage der Prävention Experten.

Ulrike Baureithel (Berlin)

² Schluss mit dem Täterschutz! In: Die Zeit vom 24.11.2011



Deutscher STI-Kongress

14.-16. JUNI 2012

BERLIN

• KONGRESSPRÄSIDENTEN

Prof. Dr. W. Sterry
Charité Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Dermatologie, Venerologie
und Allergologie
Schumannstr. 20-21 ; 10117 Berlin
T 030-45051 8062
F 030-45051 8045
E wolfram.sterry@charite.de

Prof. Dr. N. H. Brockmeyer
Präsident der DSTIG
Klinik für Dermatologie, Venerologie
und Allergologie der Ruhr-Universität
St. Josef-Hospital
Gudrunstr. 56 ; 44791 Bochum
T 0234-509-3471
F 0234-509-3475
E n.brockmeyer@derma.de

• SENIORPRÄSIDENT

Prof. Dr. P. Kohl, Berlin

• KONGRESSEKRETÄRE

Dr. H. Jessen, Berlin
Dr. V. Bremer, ECDC, Stockholm

• WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT

Prof. Dr. E. Pott, BZgA, Köln
Dr. S. Nick, PEI, Langen
Prof. Dr. M. Zeitz, Charité Berlin

• KONGRESSORGANISATION

MCI Deutschland GmbH
MCI Berlin Office
Annette Gleich
Markgrafenstr. 56 ; 10117 Berlin
T 030-2045 90
F 030-2045 950
E sti-kongress2012@mci-group.com

www.dstig.de

Die Zertifizierung der Veranstaltung ist bei der Ärztekammer Berlin beantragt.

Themenschwerpunkt

Ahlers, Christoph Joseph, Gerard Alfons Schaefer
 Sexueller Kindesmissbrauch – nicht nur Problem kirchlicher
 und kommunaler Einrichtungen, sondern malignes
 Phänomen der gesamten Gesellschaft 143

Ahrendt, Hans-Joachim, Daniela Adolf, Cornelia Friedrich
 Inzidenz sexueller Probleme in der gynäkologischen Praxis 25

Amann, Stefanie, Christine Winkelmann
 Kann Sexuaufklärung einen Beitrag zur Prävention
 von sexuellem Missbrauch leisten? Das Beispiel der „Standards
 für die Sexuaufklärung in Europa“ 111

Delisle, Birgit
 Störungen der weiblichen Appetenz –
 Auslösende Faktoren und Therapieoptionen 30

Delisle, Birgit
 Sexualisierte Gewalt gegen Frauen und Mädchen
 mit geistiger Behinderung 166

Hartmann, Uwe
 State-of-the-Art der Sexualtherapie
 und Anforderungen an ihre Weiterentwicklung 3

Kobs, Julia, Miriam Spenhoff, Uwe Hartmann
 Sexsucht – Diagnose, Differentialdiagnose,
 Therapieansätze und ein Fallbeispiel 72

Kramer, Jantje, Wolfgang Weig
 Zur Ergebnisqualität ambulanter Paar-Sexualtherapie
 unter Berücksichtigung der Paarbeziehungsqualität 81

Loewit, Kurt, Klaus M. Beier
 Syndyastische Sexualtherapie – Begriff und Grundlagen 85

*Mathers, Michael J., Frank Sommer, Herbert Sperling,
 Stephan Roth*
 Ejaculatio praecox – Kritische Anmerkungen und
 deren Umsetzung in der täglichen Praxis 65

Philippsohn, Susanne
 Persistierende genitale Erregung bei Frauen (PGAD) –
 Beschreibung des Krankheitsbildes inklusive zweier
 erfolgreicher Therapien 48

Pohl, Alexander
 Therapeutischer und prognostischer Nutzen der Phallometrie
 zur objektiven Messung der sexuellen Orientierung 153

Rösing, Dirk
 „Es ist eine gute Basis entstanden, sich sicher zu fühlen“ –
 ein sexualtherapeutischer Fallbericht 95

Stadler, Thomas C., Christian G. Stief, Armin J. Becker
 Medikamentöse Therapie der Erektile Dysfunktion
 – Aktueller Stand und Ausblick 57

*Zimmermann, Peter, Anna Neumann, Fatma Çelik,
 Heinz Kindler*
 Sexuelle Gewalt gegen Kinder in Familien –
 Ein Forschungsüberblick 119

Fortbildung

Corbic, Edina
 Körpererleben in der Pflege geriatrischer Patienten 98

Historia

Borchers, Stefan
 Sexuaufklärung in der deutschen Aufklärung
 – Christian Wolff über die Erzeugung des Menschen 176

Haerberle, Erwin J.
 Paraphilie – ein vorwissenschaftlicher Begriff.
 Anmerkungen zu einer aktuellen Debatte 185

Diskussion

Schlagmann, Klaus
 Missbrauchsopfer? – Selbst Schuld! Zu Risiken und
 Nebenwirkungen von Psychotherapie 192

Thematic Focus

Ahlers, Christoph Joseph, Gerard Alfons Schaefer
 The sexual abuse of children – not just a problem for church
 and communal institutions, but rather a negative
 phenomenon of society in general 143

Ahrendt, Hans-Joachim, Daniela Adolf, Cornelia Friedrich
 Frequency of sexual problems in gynecological practice 25

Amann, Stefanie, Christine Winkelmann
 Can sexuality education help to prevent sexual abuse?
 The example of the „Standards for Sexuality
 Education in Europe“ 111

Delisle, Birgit
 Disorders of women’s sexual desire –
 Determining factors and therapy options 30

Delisle, Birgit
 Sexualized abuse of mentally handicapped
 women and girls 166

Hartmann, Uwe
 Sex therapy: State-of-the-art and requirements for its
 future development 3

Kobs, Julia, Miriam Spenhoff, Uwe Hartmann
 Sexual addiction – Diagnosis, assessment and
 treatment approaches 72

Kramer, Jantje, Wolfgang Weig
 The results of ambulatory sex therapy for couples
 and the quality of pair relations 81

Loewit, Kurt, Klaus M. Beier
 Syndyastic sexual Therapy – concept and foundations 85

*Mathers, Michael J., Frank Sommer, Herbert Sperling,
 Stephan Roth*
 Premature ejaculation – Critical remarks and implementation
 in everyday practice 65

Philippsohn, Susanne
 Persistent genital arousal disorder (PGAD):
 An overview of the disease and its treatment –
 including two successfully treated cases 48

Pohl, Alexander
 Therapeutic and prognostic utility of phallometric measurements
 for the objective determination of sexual orientation 153

Rösing, Dirk
 „We developed a good basis for feeling secure with
 one another“ – a sexual therapeutic case report 95

Stadler, Thomas C., Christian G. Stief, Armin J. Becker
 Erectile dysfunction pharmacotherapy –
 recent developments and perspectives 57

*Zimmermann, Peter, Anna Neumann, Fatma Çelik,
 Heinz Kindler*
 Child sexual abuse within families –
 A research review 119

Advanced Education

Corbic, Edina
 Physical needs of geriatric patients in care-giving facilities 98

Historia

Borchers, Stefan
 Sex education in the german enlightenment – Christian Wolff
 on the procreation of man 176

Haerberle, Erwin J.
 Paraphilia – a pre-scientific concept.
 Comments on a contemporary debate 185

Discussion

Schlagmann, Klaus
 Victim of abuse? – It’s your fault!
 On risks and side effects of psychotherapy 192